

Sosiaali- ja terveyspalvelut Pirkanmaa

TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

Asiantuntija-arvio, kevät 2018

THL:n asiantuntijaryhmä



Toimeksianto ja toteutus

Valtiovarainministeriö koordinoi syksyllä 2018 päättyvää maakuntatalouden simulaatioharjoitusta. Sen avulla testataan maakuntien talous- ja ohjausprosessia ja talouspäätösten tekemistä uudessa järjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa harjoituksessa maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta koskevasta osuudesta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on koonnut simulaatioharjoituksessa käytettävän tietopohjan ja antaa tässä raportissa asiantuntija-arvion tulevan maakunnan suoriutumisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Asiantuntija-arvion tuottamisesta on vastannut [THL:n asiantuntijaryhmä](#). Harjoituksessa saatavaa tietoa ja kokemuksia tullaan hyödyntämään maakuntien arvioinnin kehittämässä. Arviointiharjoituksella ei ole vaikutusta tulevien maakuntien rahoituksen määräytymiseen.

ARVIOINNIN SISÄLTÖ POHJAUTUU LAINSÄÄDÄNTÖÖN

Arvioinnin sisältö rakentuu maakunnan suoriutumiskyvyn ulottuvuuksista, joita ovat palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus. Arvioinnissa on paneuduttu myös eri sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuuksiin ja otettu huomioon maakunta- ja sote-uudistuksen lakiesitysten tarkoituspykälissä mainitut tavoitteet, valinnanvapautta koskevan lakiluonnoksen tavoitteet sekä keskeisistä sisältöalueista johdetut kokonaisuudet.

ARVIOINNIN TIETOLÄHTEET MONIPUOLISIA

Arvioinnin tietolähteinä käytettiin maakuntien tuottamaa tietoa sote-valmistelun suunnittelusta, tulevien maakuntien hallinnosta järjestäjänä, organisaatiosta ja toimintatavoista. Indikaattoritietoa koottiin THL:n, Tilastokeskuksen ja eräiden muiden organisaatioiden tietovarannoista. Indikaattoreita voi tarkastella Sotkanetissa kohdasta [Maakuntien seuranta ja arviointi \(simulaatioharjoitus\)](#). Osana arviointia THL:n asiantuntijat vierailivat kaikissa maakunnissa ([ks. Ajankohtaista arvioinnista](#)). Arvioinnissa ei ole käytetty valvontaviranomaisen raportteja, koska riittäviä maakuntakohtaisia tietoja ei ollut saatavilla.

HARJOITUS KOKOAA KOKEMUKSIA

THL:n tavoitteena simulaatioharjoituksessa oli pyrkiä mahdollisimman todenmukaiseen arvioinnin toteutukseen. Arvioinnissa käytettävät tiedot koottiin saatavilla olevista vertailukelpoisista tietolähteistä. Kyseessä oli myös arviointitiedon kokoamiseen ja käyttöön liittyvä harjoitus, jolloin arviointitulokset ovat lähinnä suuntaa-antavia ja jatkokeskustelua tukevia. Harjoitus toi esiin hyvin sekä arviointiprosessin että tietopohjan kehittämistarpeita. Tulevaisuudessa kattavamman ja ajantasaisemman tietopohjan avulla maakuntien arvioinnissa päästään tarkempiin lopputuloksiin. THL:n sote-tietopohjan kehittämishanke työskentelee näiden haasteiden parissa.

Järjestämislakiluonnoksen (HE 15/2017, § 30 ja 31) mukaan THL:lle on tulossa lakisääteinen maakuntien seuranta- ja arviointitehtävä. Varsinainen arviointitoiminta käynnistyy keväällä 2018. Arviointi on jatkossa oleellinen osa valtakunnallista ohjausjärjestelmää ja se tuottaa pohjatietoa maakuntien omalle ohjaustoiminnalle.

Pekka Rissanen
Arviointijohtaja

Merja Kovanen
Kehittämispäällikkö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sisällys

Toimeksianto ja toteutus	1
Keskeiset havainnot.....	4
Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset	5
Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset	9
Tehtäväkokonaisuuksien arviot	
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	11
Ennaltaehkäisevät palvelut	12
Perusterveydenhuolto	13
Mielenterveys- ja päihdepalvelut.....	14
Erikoissairaanhoido	16
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut.....	17
Työikäisten sosiaalipalvelut	19
Vammaispalvelut	20
Ikäihmisten palvelut.....	21
Ulottuvuuskohtaiset arviot	
Saatavuus	23
Laatu ja vaikuttavuus	24
Asiakaslähtöisyys	25
Yhdenvertaisuus.....	26
Kansalliset lähteet	27
Alueelliset lähteet	27

Maakuntien seurannan ja arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut professori Pekka Rissanen, arviointityötä on koordinoanut Kimmo Parhiala.

Alueellisina arviointipäälliköinä ovat toimineet

Jonsson, Pia Maria (Pohjanmaa, Satakunta, Varsinais-Suomi)
 Jousilahti, Pekka (Etelä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo)
 Kovasin, Merja (Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa)
 Kärkkäinen, Jukka (Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme, Uusimaa)
 Syrjä, Vesa (Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Pohjanmaa)

Tehtäväkokonaisuus- ja ulottuvuuskohtaisten osioiden kirjoitukseen ovat osallistuneet

Aalto, Anna-Mari; Ahola, Sanna; Alastalo, Hanna; Autio, Eva; Blomgren, Sanna; Elonsalo, Ulpu;
 Forsell, Martta; Hakulinen, Tuovi; Halme, Nina; Hammar, Teija; Hastrup, Arja; Heino, Tarja; Hetemaa, Tiina;
 Hietanen-Peltola, Marke; Honkatukia, Juha; Häkkinen, Unto; Ikonen, Riikka; Kapiainen, Satu; Karvonen, Sakari;
 Kehusmaa, Sari; Kilpeläinen, Katri; Krohn, Minerva; Kuussaari, Kristiina; Lammi-Taskula, Johanna; Linnanmäki, Eila;
 Liukko, Eeva; Lounamaa, Anne; Luoto, Eija; Lyytikäinen, Merja; Martelin, Tuija; Muuri, Anu; Mäklin, Suvi;
 Nurmi-Koikkalainen, Päivi; Parikka, Suvi; Partanen, Airi; Reissell, Eeva; Sainio, Salla; Seppänen, Johanna;
 Sihvo, Sinikka; Siukola, Reetta; Ståhl, Timo; Suvisaari, Jaana; Viertiö, Satu.

Keskeiset havainnot

Arvioinnissa on suuria rajoitteita, ja sen tuloksia voidaan pitää enintään suuntaa antavina. Simulaatioharjoituksessa arvioitiin maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluja sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Kunnat järjestävät ja tuottavat palveluita kuitenkin eri tavoin. Maakuntien toimintaa voidaan arvioida totuudenmukaisesti vasta, kun järjestämisvastuu alueen palveluista on siirtynyt niille.

Arvioinnissa käytetty tietopohja on vielä monien arviointitulottuvuuksien osalta vajavainen, ja tiedot ovat peräisin vuosilta 2015–2017. Harjoituksen lyhyen keston vuoksi kaikkia arvioinnin sisältöjä ei ole voitu käydä läpi yhdessä maakuntien kanssa. Arviointi ei myöskään kata kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja. Jatkossa arvioinnin tietopohja laajenee, ja kaikki talous- ja toimintatiedot pyritään kokoamaan samalta vuodelta. Erilaisista raportointikäytännöistä johtuvat epätarkkuudet vähenevät jatkossa, kun maakunnat ovat tietoisia kriteereistä, joiden perusteella niiden toimintaa arvioidaan.

Tampere ja sen ympäristö muodostavat maakunnassa merkittävän työpaikka-, koulutus- ja väestökeskittymän. Väestön koulutustaso on korkeampi kuin maassa keskimäärin, ja demografinen huoltosuhde on matalimpia kaikista maakunnista. Maakunnan väkiluvun ennustetaan kasvavan melko voimakkaasti tulevina vuosikymmeninä. Rakennetyöttömyys ja pitkittyvät työttömyysjaksot ovat todennäköisesti Pirkanmaan alueen vaikeutena.

Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kaikkia vastaanottokäyntejä oli jonkin verran vähemmän, lääkärikäyntejä enemmän ja muita käyntejä vähemmän kuin maassa keskimäärin. Kiireettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärille pääsy oli kohtalaisella tasolla, mutta terveyskeskuslääkäripalvelujen saatavuutta moni piti riittämättömänä. Äitiys- ja lastenneuvola- sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut eivät ole toteutuneet koko maakunnan alueella suositusten mukaisesti. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneissa maakunnassa on onnistuttu hyvin, mutta asiakassuunnitelmia ei ollut tehty riittävästi. Lastensuojelun kustannukset olivat kansallisella keskitasolla.

Erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden määrät olivat pieniä, mutta Pirkanmaalla oli maan pisin hoitajaksojen kokonaispituuden keskiarvo. Päivystysleikkausten osuus oli maan korkein. Päivystyskäynneillä alkavien hoitajaksojen suuri osuus heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon toiminnan puutteita tai pitkiä odotusaikoja suunniteltuun hoitoon. Päivystys- ja avohoitokäyntien määrät olivat kuitenkin vähäiset.

Mielenterveysongelmien esiintyvyys ja mielenterveyspalvelujen käyttö ovat muuta maata jonkin verran vähäisempiä. Avohoidon mielenterveyspalveluja käytetään alueella asukasluvuun suhteutettuna jonkin verran maan keskiarvoa vähemmän.

Ikääntyneen väestön toimintakyky on maan keskitasolla. Kotihoidon ympärivuorokautista hoivaa oli saatavilla huomattavasti enemmän kuin maassa keskimäärin, eikä kotihoidon kuntoutussuunnitelmia ole tehty kattavasti. Palvelurakenne ei vaikuttaisi painottuvan kotihoitoon. Palvelurakenteiden keventäminen on käynnissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat vuonna 2016 prosenttina pienemmät, mutta tarvevakioitujen menot prosenttina suuremmat kuin koko maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli hieman alhaisempi kuin koko maassa. Valtionrahoitus asukasta kohden on siirtymäajan jälkeen arvioiden mukaan Pirkanmaalla viisi euroa pienempi kuin alueen kuntien nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot yhteensä. Muutos merkitsee maakunnalle noin 2,6 miljoonan euron säästötarvetta.

Pirkanmaalla uudistuksen läpiviemistä hankaloittavat hyvin hajanainen asiakas- ja potilastietojärjestelmätilanne sekä sosiaali- ja terveydenhuollon mittavat kokonaisulkoistukset. Maakunnassa käydään tiivistä vuoropuhelua eri toimijoiden kanssa.

Konserni- ja tuotantorakennetta sekä palveluohjauksen suunnitelmaa on valmisteltu. Palvelujen saavutettavuutta, saatavuutta ja integraatiota on pohdittu perusteellisesti järjestämisen ja palveluverkon suunnittelussa. Palvelurakenteen ja palvelujen sijoittelujen tarkkoja skenaarioita on laadittu.

Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset

Maakunnan alue ja väestö

Pirkanmaa kuuluu Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen ja tulevaan yhteistyöalueeseen Etelä-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen kanssa. Maakunnassa oli vuoden 2018 alussa 22 kuntaa. Kuhmoinen siirtyy uudistuksen yhteydessä Keski-Suomesta Pirkanmaan maakuntaan, mutta Kuhmoisten kunnan asukkaille sosiaali- ja terveyspalveluja järjestävä Jämsä jää Keski-Suomeen. Tuleva maakunta muodostuu Akaan, Hämeenkyrön, Ikaalisten, Juupajoen, Kangasalan, Kihniön, Kuhmoisten, Lempäälän, Mänttä-Vilppulan, Nokian, Oriveden, Parkanon, Pirkkalan, Punkalaitumen, Pälkäneen, Ruoveden, Sastamalan, Tampereen, Urjalan, Valkeakosken, Vesilahden, Virtain ja Ylöjärven kunnista.

Alueellinen vauraus

Pirkanmaalla on monipuolinen elinkeinorakenne. Suurimmat työllistäjät ovat julkiset palvelut (mm. hallinto, sosiaali- ja terveyspalvelut), kauppa ja kuljetus sekä teollisuus. Pirkanmaa, erityisesti Tampere ja sen kehyskunnat, muodostavat merkittävän työpaikkakeskittymän. Maakunnan työllisyysaste oli 66,4 prosenttia vuonna 2016 (koko maassa 68,7 %). Työttömien työnhakijoiden osuus työvoimasta oli 15,7 prosenttia vuonna 2016 (koko maassa 13,7 %). Työttömyys on kuitenkin kääntynyt laskuun vuonna 2017. Bruttokansantuote asukasta kohden vuonna 2015 oli 34 546 euroa (koko maassa 38 248 euroa).

Väestökehitys

Maakunta on asukasluvultaan Suomen toiseksi suurin. Väkiluku on kasvanut tasaisesti; vuonna 2016 se oli 511 642. Kasvu keskittyy Tampereen seudulle. Pirkanmaan taajama-aste oli 88,0 prosenttia vuonna 2016, mikä oli Uudenmaan jälkeen maakunnista toiseksi eniten. Väestöstä 75 vuotta täyttäneitä oli 9,1 prosenttia vuonna 2015. Demografinen huoltosuhde oli 58,7 vuonna 2016, joka oli matalampi kuin koko maan vastaava luku (59,1). Huoltosuhde-ennuste vuodelle 2040 oli 67,4.

Tilastokeskuksen väestöennuste (2015) vuodelle 2030 on 548 162 ja 75 vuotta täyttäneiden osuus 13,5 prosenttia väestöstä. Pirkanmaan liiton vuonna 2014 tekemän oman, mm. kaavoituksen huomioivan väes-

tösuunnitteen mukaan vuonna 2040 väkiluku olisi 620 000. Ulkomaan kansalaisia oli 2,9 prosenttia väestöstä vuonna 2016. Väestön koulutustaso oli Pirkanmaalla hyvä ja koko maan tasoa korkeampi. Vuonna 2015 tutkinnon suorittaneita oli 15 vuotta täyttäneistä 73 prosenttia. Korkea-asteen koulutuksen suorittaneita oli vastaavasti 30 prosenttia.

Väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan kehitys

Sairastavuus on vähentynyt hiukan maakunnassa. THL:n ikävakioimaton sairastavuusindeksi ajanjaksolla 2012–2014 oli 100,1 ja ajanjaksolla 2013–2015 se oli 97,7. Jälkimmäisellä jaksolla kunnittainen vaihtelu oli 77,7–133,6.

Toimeentulotukea saaneita kotitalouksia oli vuoden 2016 aikana maakunnassa yhteensä 26 113 ja toimeentulotukea saaneita henkilöitä 7,6 prosenttia asukkaista (koko maassa 7,2 %).

Palvelujärjestelmän toiminnan edellytykset

Maakunnan organisoituminen

Maakunnan peruskartoitus on tehty keväällä 2016. Pirkanmaan valmistelu on jaettu viiteen vaiheeseen. Organisoituminen ja uudistuksen valmistelu ovat esivalmistelun toisessa vaiheessa, jossa nykyiset organisaatiot vastaavat mm. toimeenpanosta. Maakunnassa on vahva tahtotila ja pyrkimys ratkaisuihin sekä laaja osallistaminen valmisteluun.

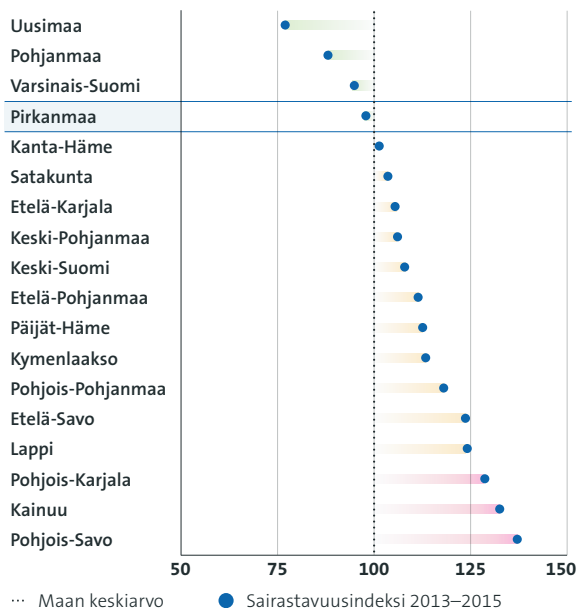
Maakuntauudistuksen poliittinen ohjausryhmä ja johtoryhmä vastaavat uudistuksen esivalmisteluvaiheesta. Poliittisen ohjausryhmän kokoonpanona on maakuntahallitus täydennettynä kristillisdemokraattien edustajalla. Kaikille yhteinen koordinaatioryhmä (noin 50 henkeä) koordinoi sekä sote- että maakuntauudistuksen valmistelua. Työryhmät (noin 23) jatkavat työskentelyä, ja lisäksi on muodostettu alatyöryhmiä. Suurin osa muutostiimin rekrytoinneista on tehty, osa on vielä valmistelussa. Vuoden 2018 alussa muutostiimissä oli 43 työntekijää.

Järjestämisen ja tuottamisen erottelun syventämistä on jatkettu valtakunnallisen järjestäjän käsikirjan tuella. Uudistuksen toimeenpanoon sisältyvien muutosohjelmien johtamisen, seurannan ja toteutuksen tueksi on laadittu projektinhallintamalli.

Järjestämisen organisoimisen, konsernirakenteen ja johtamisen suunnittelu on käynnissä. Järjestämistä vastuuseen kuuluvia tehtäviä ja ohjausmallin suun-

Kuvio 1

THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton (2013–2015).



nittelun avainasioita on pohdittu. Poliittista ohjausta uudistetaan, ja toimielinmalliksi on hahmoteltu valmistelevala valiokunnan mallia. Mallin valintaan vaikuttaa se, millä tavalla palvelujen järjestäminen organisoidaan. Vaihtoehtoina ovat asiakaslähtöinen (elämäntaakarimalli, tarvelähtöinen malli tms.), toimialaperustainen tai näiden yhdistelmä eli hybridimalli. Asiakaslähtöistä mallia on ensisijaisesti kannatettu.

Maakuntastrategian valmistelu on käynnistetty. Maakuntastrategiaan sisältyvät palvelulupaus ja palvelustrategia. Strategian valmistelu kytkeytyy kaikkiin valmisteluteemoihin ja erityisen tiiviisti konsernirakenne ja johtaminen -teemaan sekä viestintään. Vaiheistus- ja aikataulusuunnitelmaluonnos on laadittu. Eri strategiatyyppejä ja maakuntastrategian valmisteluelementtejä on hahmoteltu.

Pirkanmaan liitto tarjoaa kunnille teknisen alustan ja asiantuntijatyöresurssit sopimusten siirtoon ja analysointiin. Sopimusten kerääminen ja analysointi ennen väliaikaishallintoa perustuu osapuolten yhteiseen tahtotilaan. Sopimusten keruu kunnista on alka-massa.

Palveluseteli on käytössä jossain muodossa yhdeksässä kunnassa tai yhteistoiminta-alueilla. Valinnanvapauskokeilussa on mukana suoran valinnan palvelujen lisäksi suun terveydenhuolto ja henkilökohtaisen budjetin toimintamalli.

Tampereen yliopistollisen sairaalan uuden tutkimus-, kehitys- ja innovaatioyksikön palvelut yhdis-

tyvät toiminnallisesti Tampereen yliopiston Kaupin kampuksen tutkimuspalveluihin. Tampereen yliopiston, Tampereen teknisen yliopiston, Tampereen ammattikorkeakoulun ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin keskinäistä yhteistyötä kehitetään edelleen. Pirkanmaalla toimii sosiaalialan osaamiskeskus Pikassos Oy.

Vuonna 2017 Tampereen ammattikorkeakoulussa 755 opiskelijaa aloitti sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan (pl. kauneudenhoitoala) opinnot ja yliopistossa 151 opiskelijaa aloitti lääketieteen opinnot. Tampereen yliopistossa annetaan lisäksi sosiaalityön koulutusta, sosiaalityö pääaineenaan valmistuneet ovat sijoittuneet ensisijaisesti sosiaalityön tehtäviin.

Tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaa (TKI) suunnitellaan maakuntatasoisesti ja monialaisesti. Mukana ovat laaja-alaisesti soten lisäksi maakunnan muut toiminnot. Kärkihankkeista Pirkanmaalla on käynnissä Ikäihmiset ja omaiset, Lapsi- ja perhepalvelut ja Osatyökykyisten hanke (Toike).

Taloudelliset edellytykset

Pirkanmaalla sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot vuonna 2016 olivat 3 027 euroa asukasta kohti. Tämä oli prosentin vähemmän kuin koko maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli kuitenkin hieman alhaisempi kuin koko maassa keskimäärin (tarvekerroin 0,98), minkä vuoksi tarvevakioituvat menot olivat prosentin suuremmat kuin koko maassa keskimäärin. Kun tarkastellaan menoja ilman sosiaalihuoltoa, tarvevakioituvat menot olivat yhtä suuret kuin koko maassa keskimäärin.¹

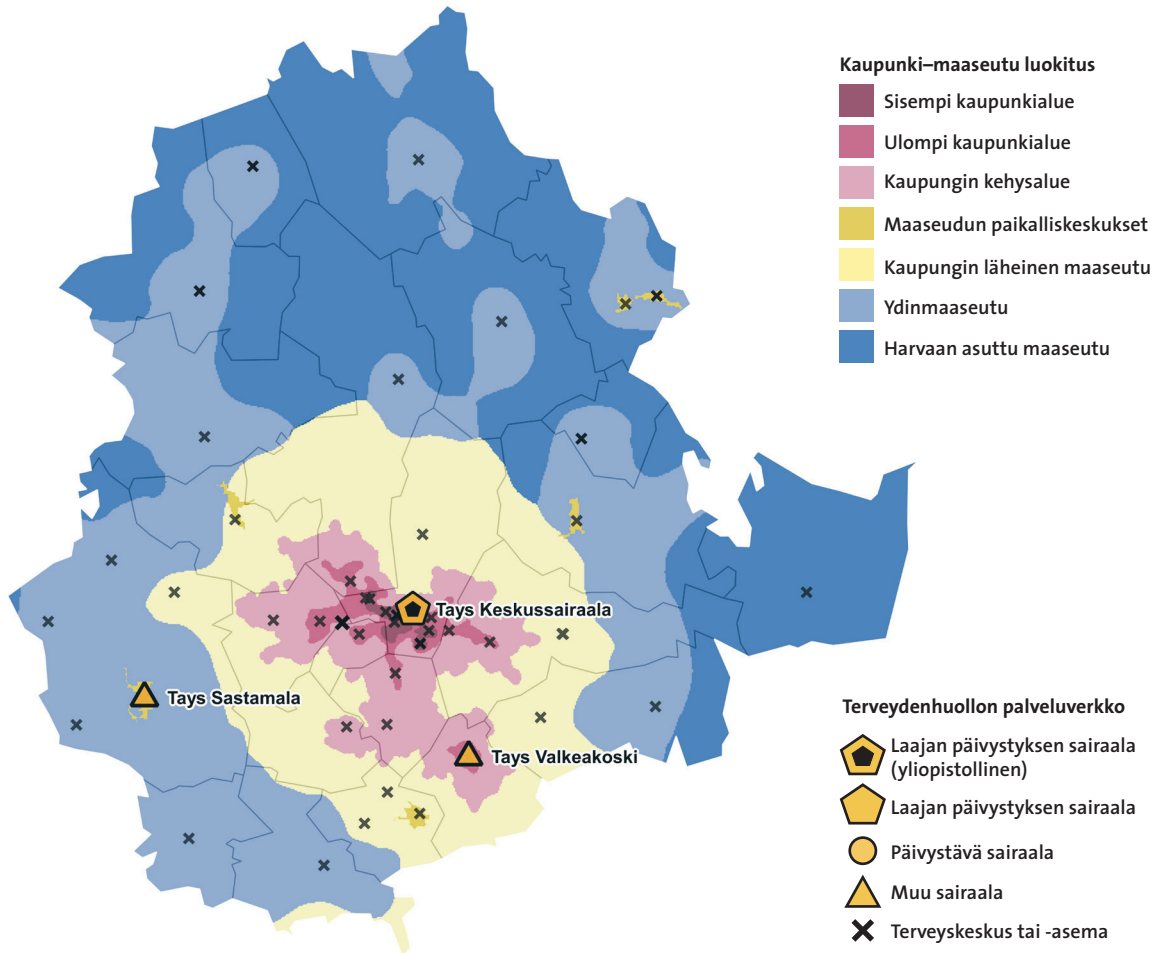
Maaliskuussa 2017 muutosjohtajien seuranta-työryhmän mukaan esivalmisteluun oli varattu noin miljoona euroa. Merkittävistä investoinnista suunnitteilla on Taysin uudistamisohjelma, joka sisältää rakennusten uudistamisia ja korjauksia. Siirtymäajan jälkeen valtionrahoitus asukasta kohden on Pirkanmaalla arvioitujen mukaan viisi euroa pienempi kuin alueen kuntien vuoden 2017 sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot yhteensä. Muutos merkitsee maakunnalle noin

1 Tarvevakioituiden menoista nähdään, miten maakuntien menot suhteutuvat muiden maakuntien menoihin tai maan keskiarvoon. Tarvetekijöinä on huomiotu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema.

Tarvevakioitujen menojen perusteella ei voi tehdä suoraa johtopäätöksiä toiminnan kustannusvaikuttavuudesta. Laskennallinen tarvekerroin ei huomioi kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin vaikuttavia tekijöitä. Tarvevakioitujen menojen laskennassa ei myöskään huomioida alueiden välisiä eroja yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden saatavuudesta. Toisin sanoen, jos maakunnan tarvevakioituvat menot ovat alhaiset, se voi johtua esimerkiksi tehokkuudesta tai huonosta julkisten palveluiden saatavuudesta tai runsaasta yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden käytöstä. Jos maakunnan tarvevakioituvat menot poikkeavat merkittävästi maan keskiarvosta, tulee muiden indikaattorien avulla tarkastella tarkemmin, mistä tämä voisi johtua. Tarvevakioitujien menoja ei voi suoraan verrata aikaisempien vuosien tietoihin.

Kuvio 2

Pirkanmaan maakunnan terveydenhuollon palveluverkko ja kaupunki–maaseutu-luokitus (SYKE)



2,6 miljoonan euron säästötarvetta. Laskelmassa on mukana sote, ympäristöterveydenhuolto ja pelastustoimi.

Palveluverkko

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestetään Pirkanmaalla pääasiassa kuntien yhteistoimintana ja vastuukuntamallilla. Jämsä, joka järjestää tällä hetkellä sosiaali- ja terveyspalvelut Kuhmoisten kunnan asukkaille, siirtyy Keski-Suomeen. Useat kunnat ovat ulkoistaneet toimintaansa mm. Pihlajalinnalle ja Terveystalolle.

Sosiaalipalvelujen tuotanto- ja järjestämistapa sekä tuotantoprosessit vaihtelevat maakunnassa huomattavasti. Samoja palveluja tuotetaan erilaisilla tuotantotavoilla, yhteistoimintajärjestelyin ja ulkoistuksin. Päihde- ja mielenterveys- sekä suun terveydenhuollon pirstaleisia palveluja on tarkoitus uudistaa merkittä-

västi. Pirkanmaalla on eniten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisulkoistuksia Suomessa.

Kuvion 2 kartassa on kuvattu maakunnan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluverkko karkealla tasolla ilman psykiatrista sairaanhoidtoa, sosiaalipalveluita ja yksityistä palvelutuotantoa. Kartassa on hyödynnetty Suomen ympäristökeskuksen ja Oulun Yliopiston maantieteen laitoksen kehittämää kaupunki–maaseutu-luokitusta. Maakuntarajat on muodostettu hallituksen esityksen 15/2017 mukaisesti.

Pirkanmaan kunnat sekä Keski-Suomen kunnista Jämsä ja Kuhmoinen kuuluvat erikoissairaanhoidonsa toteuttamista varten Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin. Pirkanmaan kunnista Punkalaidun kuuluu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin. Erikoissairaanhoidon palvelutuotanto koostuu pääasiallisesti julkisista tuottajista, joita ovat Tampereen yliopistollinen sairaala (Tays) ja sen yhtiöt Tekonivelsairaala Coxa Oy ja Sydänsairaala Oy. Tays ja Hatanpään sairaala yhdis-

tyivät vuoden 2018 alussa. Pirkanmaalle muodostui Tays-sairaalakokonaisuus, johon kuuluvat Tays Keskussairaala, Tays Valkeakoski, Tays Sastamala ja Tays Hatanpää. Sairaanhoidopiirissä on lisäksi Kuvantamiskeskus- ja apteekkiliikelaitos sekä Fimlab Laboratoriot Oy.

Jämsässä sijaitseva Jokilaakson sairaala tarjoaa julkista erikoissairaanhoidoa. Toiminnasta vastaa Jokilaakson Terveys Oy, joka on Pihlajalinna-konsernin, Jämsän kaupungin ja Keski-Suomen sairaanhoidopiirin yhteisyhtiö.

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa toimii Ensiapu Acuta -yöpäivystys. Tays Valkeakosken yhteispäivystys jatkuu päivystysasetuksen mukaisena, ja Tays Hatanpään päivystystoimintaa vahvistetaan. Virkajan ulkopuolinen sosiaalipäivystys on järjestetty Tampereella.

Taysin erityisvastuualueella on valmisteltu valituneuvoston asetusten mukaisia muutoksia sairaaloiden työnjakoon ja vaativien leikkausten, hoitojen ja toimenpiteiden keskittämiseksi keskussairaaloista Taysiin. Kanta-Hämeen ja Pirkanmaan sairaanhoidopiirit ovat käynnistäneet selvitystyön, jonka tavoitteena on rakenteellisen mallin luominen tiiviimmän yhteistyön aikaansaamiseksi. Organisoitumismahdollisuuksien esiselvitys valmistuu maaliskuussa 2018. ERVA-alueella on vakiintunut yhteistyö. Työnjakoa ja mahdollisia päällekkäisyyksiä tarkastellaan ja käytäntöjä uudistetaan.

Maakunnassa on tehty perusteellinen sote- ja maakuntauudistuksen nykytilakuvaus keväällä 2016. Palveluverkon ja sote-keskusten suunnittelu on käynnissä. Palveluverkon rakentamisen periaatteet on hyväksytty, ja palvelurakenteen ja palveluprosessien kuvauksia on tehty. Tukipalveluiden tuotantoverkosta on tehty työsuunnitelma. Järjestämisen ytimessä ja palveluverkkosuunnittelun perustana ovat asiakaslähettäisyys, integraatio, asiakassegmentointi ja Suuntimatyöväline. Skenaarioita palvelujen järjestämiselle ja sijoittelulle sekä palvelujen saavutettavuus-skenaariolaskelmia on tehty.

Maakunnan palvelutuotannon vaihtoehtoiksi on luonnosteltu liikelaitosmallia tai laajaa sote-yhtiötä. Tuotantorakenteen vaihtoehtot ovat valmistelussa, ja linjauspäätökset tehdään kuluvaan vuoden huhtikuussa. Sairaanhoidopiiriin yhtiöittämisestä on keskusteltu.

Pirkanmaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa vuosille 2017–2019 ja Pirkanmaan alueellisessa hyvinvointikertomuksessa vuosille 2017–2020 kuvataan alueen väestön hyvinvoinnin kehitys, suun-

nitelmat hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä suuntaviivat alueellisen terveyden edistämisen koordinaation painopisteille ja palvelujen kehittämiselle. Pirkanmaan maakuntauudistuksen johtoryhmässä hyväksytty toimeenpanosuunnitelma 2017–2019 sisältää aikataulutetut suunnitelmat tehtäväkokonaisuuksittain.

Asiakas- ja palveluohjaussuunnittelussa on paneuduttu palvelujen integraatioon. Sote-palvelujen integraatiotarvetta maakunnan muihin palveluihin on koottu.

Työterveyshuolto on Pirkanmaalla muutoksessa, mm. Tampereen kaupungin ja PSHP:n työterveyshuolto yhdistettiin ja yhtiöitettiin Tullinkulman Työterveys Oy:ksi. Kaikki kunnat ovat ulkoistaneet työterveyshuoltonsa.

Henkilöstöresurssit

Ammattibarometrin 9/2017 mukaan Pirkanmaan ELY-keskusalueella on pulaa seuraavista ammattiryhmistä: sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat, ylihoitajat ja osastonhoitajat, ylilääkärit ja erikoislääkärit. Myös hammaslääkäreistä on paljon pulaa. Pirkanmaan oman arvion mukaan puutetta on lisäksi psykiatreista, sosiaalityöntekijöistä, puheterapeuteista ja laitoshuoltajista. Maakunnassa on valmisteluvaiheessa ollut vaikea löytää sopimusjuridiikkaa osaavia juristeja. Tiedolla johtamisen analytiikkaosaajista on myös pulaa.

Lääkäriliiton 4.10.2017 tekemän selvityksen mukaan Pirkanmaan terveyskeskuksissa oli lääkärin tehtävissä 202 virkalääkäriä ja 77,5 sijaista, ulkoistetuissa tehtävissä oli 64 ja vajetta oli viidestä lääkäristä.

ICT-ratkaisut

Pirkanmaalla on Suomen hajanaisin asiakas- ja potilastietojärjestelmätilanne; yhtenäisen tiedon tuottaminen on hyvin ongelmallista. Järjestelmät ovat enimmäkseen organisaatiokohtaisia. Ulkoistetuissa palveluissa on käytössä palveluntuottajan omia sovelluksia. Sosiaali- ja terveyspalvelujen eri sovelluksia on käytössä Pirkanmaalla vähintään 150. Potilas ja asiakastietojärjestelmien kehittämiseen on perustettu UNA Oy, joka vastaa jatkossa järjestelmäkokonaisuudesta. Taloustietojen sekä tila- ja sopimustietojen keruu on käynnissä. Tiedolla johtamisen ratkaisuja haetaan, ja tietopaketti-pilotti on toteutettu.

Sosiaali- ja terveystalvet kustannukset

Sosiaali- ja terveystalvet kustannusten kehitys

Sosiaalitalvet ja terveydenhoidon kustannuksia on arvioitu menetelmin, joita on pitkään käytetty EU:n fiskaalisen kestävyyden metodologian mukaisesti näiden talvetiden menopaineen kehityksen arvioinnissa. Metodologia kattaa sosiaalitalvetiden, terveydenhoidon ja tulonsiirtojen rakenteen varsin yksityiskohtaisesti. Sen ytimessä on menojen linkittäminen eri ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitavissa, kuinka talvetiden volyymi kehittyy tulevaisuudessa. Arvioon liitetään myös oletuksia reaali-palkkojen ja inflaation kehityksestä, jotka fiskaalisen kestävyyden arvioinnissa linkittyvät nekin yhteiseen EU-metodologiaan. EU-metodologia ei ulotu käytettyihin laskentamalleihin asti, ehkä siksikin, että hyvinvointitalvetiden ratkaisussa on EU-maiden välillä suuria eroja. Suomessa hoiva-alojen ja tulonsiirtojen kokonaisuutta arvioidaan SOME-mallilla.

Simulaatioharjoitusta varten SOME-malli on alueellistettu, ja sitä käytetään aluksi sosiaalitalvetuihin ja terveydenhoitoon sivuuttaen tulonsiirrot ja mm. eläkkeet. Arviointi kattaa keskeiset laitos- ja avohoidon talvetlumuodot sekä perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon eri muodot. Arvioinnissa on käytetty tuoreimpia, kuntatilastosta koottuja laskennallisia

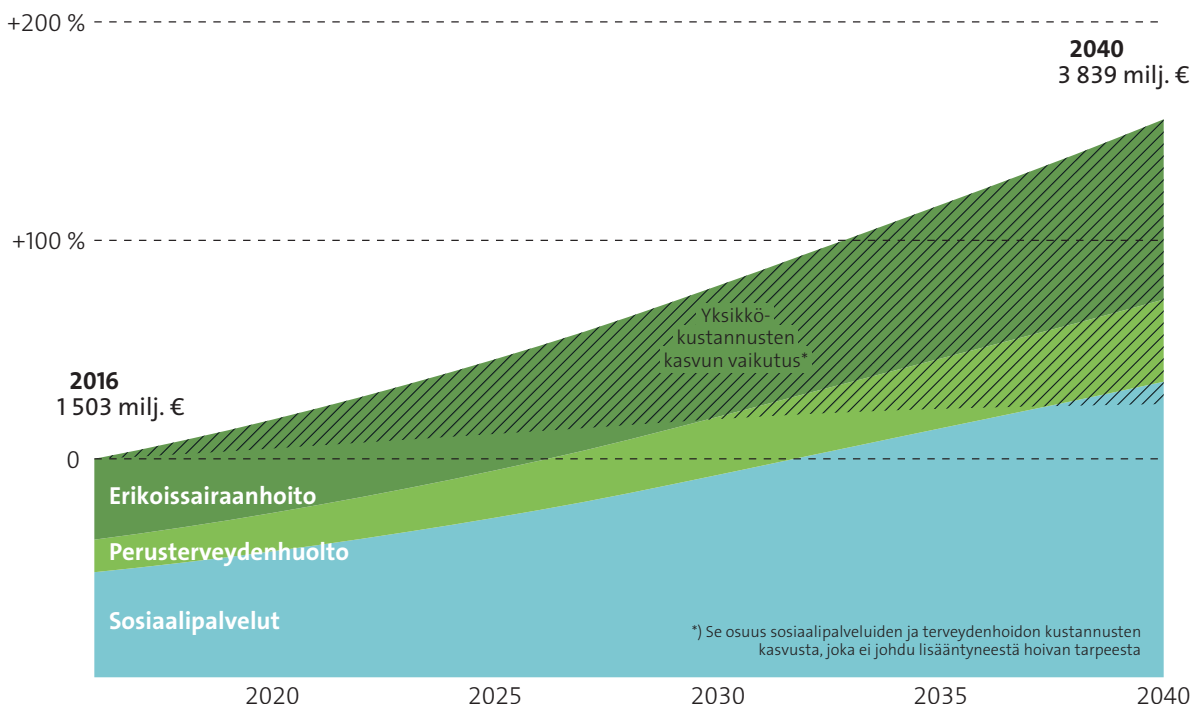
nettokustannustietoja, jotka kattavat vuoden 2016. Suurimpina menoerinä koko maan tasolla erottuvat erikoissairaanhoidon sairaalahoido (noin 3 miljardia euroa) ja avohoido (noin 2,3 miljardia euroa) sekä toisaalta vanhusten ja vammaisten eriaisteiset asuminen- ja laitoshoitotalvet, joiden yhteiskustannukset ovat lähes erikoissairaanhoidon luokkaa.

Tässä vaiheessa malli on toteutettu nykyisen maakuntajaon mukaisesti; maakuntien kustannuksista on käytettävissä ajantasaista tietoa. Aluejako on suhteellisen helposti päivitettävissä järjestämisvastuita vastaavaksi. Sen sijaan eri toimenpiteiden ja niiden kustannusten jakautumisesta väestön ikäluokkien välillä ei vielä ole ollut käytettävissä kattavaa alueellista tietoa. Tässä on siksi oletettu, että jakauma maakunnissa vastaa koko maan jakaumaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että arvioinnissa voi syntyä eroja maakuntien välillä vain väestön ikärakenteesta tapahtuvien muutosten vuoksi.

Kuviossa on esitetty arvio sosiaali- ja terveystalvetluiden kustannusten kehityksestä Pirkanmaalla vuosina 2016–2040. Kuvioon on koottu kustannukset pääluokittain. Oletuksena on, että kaikissa pääluokissa vuotuinen reaali-palkkojen ja kuluttajahintojen kautta syntyvä kustannuspaine on yhteensä kolme prosenttia. Lisäksi siihen on kuvattu pelkästään ikärakenteen muutoksesta johtuva kasvu. Näillä oletuksilla koko maan kustannukset kasvavat vuoteen 2030 mennessä 77 prosenttia ja väestö 4,6 prosenttia; vanhusväestön määrä kasvaa reilut 30 prosenttia. Vuoteen 2040 koko maan kustan-

Kuvio 3

Arvio sosiaali- ja terveystalvetluiden kustannusten kehityksestä Pirkanmaan maakunnassa vuosina 2016–2040.



nukset puolitoistakertaistuvat, kun taas väestö kasvaa 6,4 prosentilla ja vanhusväestö lähes 37 prosentilla.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten ennakoidaan Pirkanmaalla kasvavan vuodesta 2016 vuoteen 2030 noin 80 prosentilla ja vuosina 2016–2040 kaikkiaan noin 155 prosentilla. Maakunnan väestö kasvaa vuosina 2016–2030 noin 7 prosentilla ja vuoteen 2040 kaikkiaan noin kymmenyksellä. Vanhusväestön määrä kasvaa noin 39 prosentilla vuoteen 2030 mennessä ja yli 79 prosentilla vuoteen 2040 mennessä. Pirkanmaa on siis selkeästi muuttovoittoalue, mutta myös vanhusväestön kasvu on siellä koko maan keskiarvoa nopeampaa. Tästä syystä myös kustannukset kasvavat hieman koko maan keskiarvoa enemmän.

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut menot ja tuottavuus

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaisia kustannuksia voidaan tarkastella suhteessa alueiden palvelutarpeeseen. Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kahteen osaan: palvelujen käyttöön ja tuottavuuteen. Palvelujen käytöllä tarkoitetaan sitä, kuinka paljon alueen väestö on käyttänyt palveluja suhteessa maan keskitasoon. Palvelujen käyttöä mitataan niin sanotuilla painotetuilla hoitokohtaisilla¹, jotka huomioivat alueiden erilaiset potilasrakenteet. Tuottavuus taas kuvaa sitä, kuinka edullisesti alueen potilaat on hoidettu. Tuottavuutta mitataan painotettujen episodien kustannuksilla.

Tarvevakioinnilla otetaan puolestaan huomioon alueiden erot ikärakenteen, sairastavuuden sekä tiettyjen sosioekonomisten tekijöiden välillä. Erikoissairaanhoidon tarvetta selittää osin eri tekijät kuin yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, ja tähän on laskettu eri tarvekerroin². Jakamalla laskennalliset kustannukset (asukasta kohti) erikoissairaanhoidon tarvekertoimella saadaan tarvevakioidut erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti. Kun ne jaetaan edelleen tuottavuudella³, saadaan vakioidut episodit asukasta kohti eli tarvevakioitu erikoissairaanhoidon käyttö.

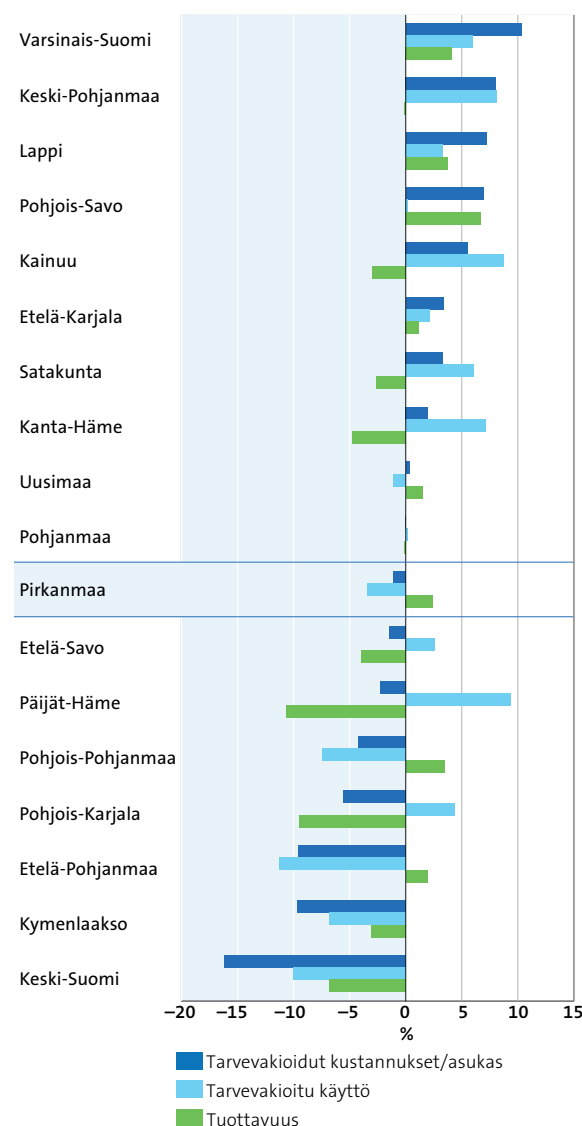
Korkeimmat tarvevakioidut erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 2016 Varsinais-Suomessa (kuvio 4), missä ne ylittivät maan keskitason kymmenellä prosentilla. Euromääräisesti tämä tarkoittaa, että Varsinais-Suomessa käytettiin vuodessa noin 10 prosenttia asukasta kohti enemmän rahaa somaattiseen erikoissairaanhoidon kuin maassa keskimäärin; tämä johtuu kuusi prosenttia keskimääräistä suuremmasta palvelujen käytöstä ja neljä pro-

senttia huonommasta tuottavuudesta. Keski-Suomessa vastaavat kustannukset olivat 15 prosenttia koko maan keskitasoa alhaisemmat, ja syynä on sekä keskimääräistä vähäisempi palvelujen käyttö että parempi tuottavuus. Mitä suurempi positiivinen prosenttiluku, sitä suuremmat kustannukset maan keskitasoon verrattuna. Jos tuottavuus on maan keskitasoa parempi, se näkyy poikkeamana negatiivisen prosenttiluvun suuntaan.

Pirkanmaalla somaattisen erikoissairaanhoidon tarve vastasi maan keskitasoa. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut kustannukset asukasta kohti olivat kaksi prosenttia pienemmät kuin koko maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon tarvevakioitua käyttöä oli neljä prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin.

Kuvio 4

Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen menojen sekä palvelujen käytön ja tuottavuuden poikkeama maan keskiarvosta (%) maakunnittain vuonna 2016.



1 Häkkinen, P. & Matveinen P. (2015)

2 Vaalavuo, M. ym. (2013) tutkimuksen aineistoon pohjautuen.

3 Tuottavuus = laskennalliset kustannukset € / episodi, indeksi koko maassa = 100

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HYTE) valmistelu etenee syksyllä 2017 tehdyn HYTE-maakuntakierroksen perusteella maakunnassa hyvin. HYTE-toiminnan suunnitellaan olevan osa maakunnan keskushallintoa. Maakuntavalmistelussa HYTE-toiminnan suunnitteluun on nimetty erillinen ryhmä, mutta toistaiseksi ei HYTE-koordinaattoria.

Arvioimme maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen *toimintaa* Pirkanmaan kunnissa tehdyn työn näkökulmasta: mitkä ovat toiminnalliset ja organisatoriset lähtökohdat maakunnallisen HYTE-toiminnan käynnistyessä alueella? Tätä silmällä pitäen on valittu myös indikaattorit, joita seuraavassa käytetään arvioinnin pohjana. Indikaattorit painottuvat terveyssektorille, sillä toistaiseksi käytettävissä olevat sosiaalitoimen indikaattorit kuvaavat lähinnä palvelujärjestelmän toimintaa, jolloin toivottavan tavoite-tason määrittäminen on vaikeampaa kuin vaikkapa terveydentilassa.

Kahdessakymmenessä alueen kunnassa on valtuustossa hyväksytty hyvinvointikertomus. Kahdessakymmenessä yhdessä kunnassa on joko oma (20) tai useamman kunnan yhteinen (1) hyvinvointikoordinaattori tai -suunnittelija. Väestöryhmien välisistä terveyseroista on raportoitu valtuustolle neljässätoista kunnassa. Seitsemässä kunnassa on tehty päätös ennakkoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Osallisuuden edistämiseksi neljätöistä alueen kuntaa on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Perusterveydenhuollon asiakkaista 34 / 10 000 asiakasta (koko maassa 26,7 / 10 000) oli saanut lääkäriltä, hoitajalta, fysioterapeutilta tai toimintaterapeutilta liikuntaan liittyvää ohjausta tai neuvontaa.

Maakunnan HYTE-toiminnan tarvetekijöitä on arvioitu tunnusluvuilla, joilla on selvä yhteys asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen; näihin asioihin myös maakunta ja kunnat voivat yhdessä vaikuttaa. Osa vaikuttavista toimista on sellaisia, että ne edellyttävät sektorirajat ylittävää yhteistyötä, osaan taas tarvitaan alueellista yhteistyötä joko kuntien ja maakunnan välillä tai kuntien kesken. Vaikeimmat HYTE-toiminnan tarvetta synnyttävät ilmiöt edellyttävät kaikkien osapuolten yhteistyötä. Tällaisia ovat esimerkiksi rakennetyöttömyys ja jääminen koulutuksesta syrjään. Rakennetyöttömyys eli vaikeasti työllistyvien osuus alueen 15–64-vuotiaista on 7,2 prosenttia (koko maassa 6,2 %). Niiden 17–24-vuotiaiden osuus, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä tutkintoa, on 6,9 pro-

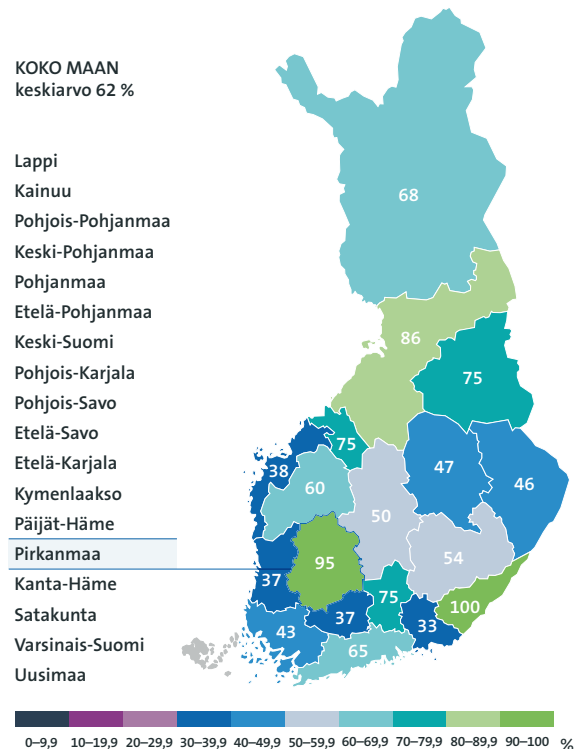
senttia (koko maassa 8,3 %). ARA-asuntojen osuus maakunnassa kuvaa sosiaaliseen tarkoituksenmukaisuuteen ja taloudelliseen tarpeeseen perustuvan asuntokannan osuutta koko asuntokannasta. Maakunnassa osuus on 12 prosenttia asuntokannasta, mikä vastaa maakuntien keskiarvoa (koko maassa 12,1 %).

Lihavien aikuisten osuus on 17,6 prosenttia (koko maassa 18 %), ja sadan metrin matkan juoksemisessa suuria vaikeuksia on 11,8 prosentilla (koko maassa 12 %:lla). Korkeasti koulutetuista 19 prosenttia (koko maassa 15 %) ja matalan koulutuksen saaneista 38,9 prosenttia (koko maassa 36 %) ilmoittaa, että ei todennäköisesti jaksaa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka.

Tarttuvien tautien tunnusluvuksi on tässä tarkastelussa valittu alueella todettujen klamydiainfektioiden määrä. Maakunnassa on 234 infektiotapausta 100 000 asukasta kohden (koko maassa 242 tapausta / 100 000 asukasta).

Kuvio 5

HYTE-koordinaattori tai suunnittelija kunnassa, % maakunnan kunnista



Maakuntavalmistelun aikana maakunta organisoi toimintansa ja rakentaa yhteistyön mm. alueen kuntien kanssa asukkaiden osallisuuden, hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden lisäämiseksi. Tässä toiminnassa maakunta tulee olemaan keskeinen toimija.

Arviointiin nyt (simulointiharjoituksessa) valittujen tunnuslukujen valossa vaikuttaa siltä, että alueen tarvetekijät ovat maan keskitasoa. Ainoastaan väestön jaksaminen työssä eläkeikään asti poikkeaa selkeästi maan keskitasosta; se on viidenneksi heikointa sekä korkean että matalan koulutustason väestöllä. HYTE-toiminta on vertailun perusteella maakunnan alueella varsin hyvällä pohjalla. Merkittäviä kuntapäätöksiä ja tulevaisuudessa maakuntapäätöksiä valmisteltaessa on HYTE-toiminnassa kiinnitettävä huomiota paitsi tautien synnyn ja sosiaalisten ongelmien riskitekijöiden vähentämiseen myös osallisuuden edistämiseen, väestöryhmien eriarvoisuuden kaventamiseen ja vaikutusten ennakoarviointimenetelmien käyttöönottoon.

Ennaltaehkäisevät palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät palvelut ovat keskeisessä roolissa tuettaessa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Ehkäisevien palvelujen kivijalan muodostavat äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto, jotka tavoittavat koko ikäluokan. Nuorten osalta keskeisessä asemassa on opiskeluterveydenhuolto, joka tavoittaa suurimman osan ikäluokasta. Näiden palvelujen toteutumista on arvioitu terveystarkastusten näkökulmasta ”Lasten, nuorten ja perheiden palvelut” -osiossa. Tässä arvioidaan kuitenkin opiskeluhuoltopalvelujen psykologi- ja kuraattoriresurssien riittävyyttä. Vaikka psykologi- ja kuraattoripalvelujen järjestämisvastuu on suunniteltu kunnille, on ne huomioitava arvioitaessa maakunnan järjestämien opiskeluhuoltopalvelujen toimivuutta.

Tässä luvussa kuvataan muutamien tunnusluvuin perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan ja suun terveydenhuollon toteutumista. Seulontojen osalta soveltuvat indikaattorit eivät olleet vielä saatavilla, ja sosiaalihuollon ehkäisevien palvelujen arviointiin soveltuvat tiedot ovat vasta rakentumassa, kun sosiaalihuollon rakenteisia tietoja kehitetään. Iäkkäiden

ennaltaehkäisevien palvelujen kokonaisuus on laaja. Tietoja esimerkiksi iäkkäiden neuvonta- ja neuvola-palveluista, asunnon muutostöistä tai kuntoutuksesta ei ole saatavilla. Tähän arviointiin on otettu ainoastaan omaishoidossa olevien saaman kotihoidon laajuus.

Tilannetta arvioitaessa on otettava huomioon potilastietojärjestelmän kirjaamiskäytäntöjen mahdollisten eroavaisuuksien vaikutus tietojen kattavuuteen.

Päihteiden tai tupakan käytöstä on alueella tehty strukturoitua kartoitusta keskimääräistä vähemmän. Vuonna 2017 on tehty yhdeksän kartoitusta 10 000 asukasta kohden (koko maassa 21 / 10 000). Vuonna 2017 perusterveydenhuollossa oli kirjausten mukaan tehty työttömien terveystarkastuksia 3,1 prosentille työttömistä, mikä on selvästi enemmän kuin koko maassa (1,3 %). Terveystarkastuksia tulisi tehdä työttömille huomattavasti enemmän, asiantuntijoiden arvion mukaan noin 30–40 prosentille vuosittain.

Yli 75-vuotiaiden omaishoitajien jaksamista tuetaan omaishoidossa olevien kotipalvelulla maan keskiarvoa vähemmän. Omaishoidossa olevista 31,1 prosenttia on myös kotihoidon asiakkaita (koko maassa 37 %).

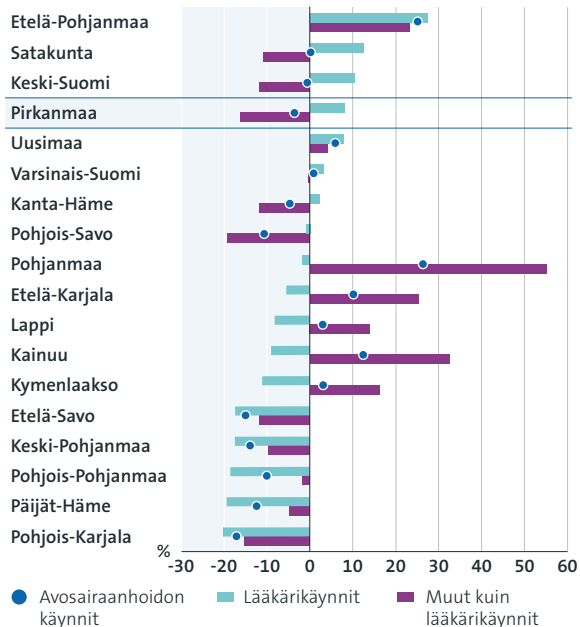
Lapset ja nuoret käyvät suun terveyden tarkastuksessa suuhygienistillä tai hammashoitajalla ollessaan ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla, muuten tarveperusteisesti. Alueen 0–17-vuotiailla on ollut 449 käyntiä terveystarkastuksen suuhygienistillä 1 000 vastaavanikäistä kohden vuoden aikana, mikä on vähemmän kuin maassa keskimäärin (464 / 1 000). Tässä ikäryhmässä suuhygienistit tekevät pääasiassa ennaltaehkäisevää työtä sekä lisäksi (paikallista työnjaosta riippuen) oikomishoitoa.

Opiskeluhuoltopalveluiden psykologien työpanos on 3,0 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa, ja se on lähes sama kuin koko maassa keskimäärin (3,1 tuntia / 100 oppilasta). Opiskeluhuoltopalveluiden kuraattorien työpanos on 4,6 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa. Se on lähes sama kuin maassa keskimäärin (4,8 tuntia / 100 oppilasta).

Perusterveydenhuolto

Kuvio 6

Maakunnan sairastavuusindeksillä korjattujen avosairaanhoidon käyntien poikkeama maan keskiarvosta, avosairaanhoidon käynnit yhteensä, lääkärikäynnit ja muut kuin lääkärikäynnit



Palvelujen saatavuutta arvioidaan palvelujen käytöllä ja hoitotakuun toteutumisella. Avosairaanhoidon käyntejä oli Pirkanmaan alueella 1,9 asukasta kohden, mikä on 4,2 prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin (keskiarvosta sairastavuusindeksillä korjattu käyntimäärä). Lääkärikäyntejä oli 8,2 prosenttia enemmän, mutta muita kuin lääkärikäyntejä 16,2 prosenttia vähemmän kuin em. laskennallinen käyntimäärä. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista 45 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä (koko maassa 42 %, vaihteluväli 25–69 %). Hoitotakuussa määrätty enimmäisaika (3 kk) ylittyi 0,2 prosentissa kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä (koko maassa 2,1 %, vaihteluväli 0–11 %).

Kyselytutkimusaineiston perusteella palveluita tarvinnesta 29 prosenttia ei ollut saanut terveyskeskus-

lääkärin palveluita riittävästi (vaihteluväli 21–34 %). Asiakkaista 29 prosenttia tunsivat voineensa osallistua omaan hoitoonsa (koko maassa 28 %, vaihteluväli 19–34 %). 43 prosenttia koki, että asiat olivat hoituneet sujuvasti ja että tieto oli kulkenut ammattilaisten välillä (koko maassa 46 %, vaihteluväli 32–55 %). 65 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema (koko maassa 67 %, vaihteluväli 57–77 %). Valinnan perustana olevaan tiedon määrään – mm. jonotusajoista ja laadusta – oli tyytyväisiä 27 prosenttia, maassa keskimäärin 29 prosenttia.

Terveysasemaa vaihtaneiden osuus 12 kuukauden aikana palvelua käyttäneistä oli 3,6 prosenttia (vaihteluväli 0,6–5,3 %).

Hoitajan vastaanotolla käyneistä 0,6 prosenttia kävi lääkärin vastaanotolla kolmen vuorokauden sisällä hoitajalla käynnistä. Maakuntien välillä vaihtelu oli tässä suurta (0,2–56,8 %); arvo kuvaakin toimintatapojen eroa. 1,19 prosenttia potilasta kävi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa, osuus vaihtelee maakuntien välillä 0,58 prosentista 2,04 prosenttiin.

Hoitokäytäntöjen laatua arvioitiin tarkastelemalla mikrobilääkemääräyksiä epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoidossa: Niiden potilaiden osuus, jotka saivat lääkemääräyksen antibioottia varten, vaihteli maakuntien välillä 9,8 prosentista 31,7 prosenttiin. Pirkanmaan alueella osuus oli 20 prosenttia, mikä on hieman parempi kuin maassa keskimäärin (23 %).

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset olivat 189 milj. euroa. Asukasta kohden laskettuna se on 369 euroa. Maan keskiarvo oli 359 euroa (vaihteluväli 293–489 euroa).

Perusterveydenhuollossa oli avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä 4 prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin: lääkärikäyntejä oli kuitenkin 8 prosenttia enemmän, mutta muita kuin lääkärikäyntejä oli 16 prosenttia vähemmän. Hoitotakuu toteutui hyvin, mutta silti terveyskeskuslääkärin palveluja kokee saaneensa riittämättömästi 29 prosenttia. 65 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema, ja vaihtaneita oli 3,6 prosenttia. Valinnan perusteena olevan tiedon määrään oli 27 prosenttia tyytyväisiä.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveysindikaattorit on valittu siten, että niistä muodostuu kuva mielenterveysongelmien yleisyydestä ja erilaisten mielenterveyspalvelujen saatavuudesta ja käytöstä maakunnassa. Hoidon laadusta oli saatavilla niukasti indikaattoritietoa, mutta psykoosisairauksien osalta tarkasteltiin tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimien käyttöä sekä sairaalahoidon pitkittymistä.

Päihdepalveluja koskevien indikaattoreiden pohjalta saa yleiskuvan alueen aikuisväestön päihhteiden käytöstä sekä päihdeongelmiin ja päihhteistä aiheutuviin sairauksiin liittyvästä palveluiden käytöstä. Sosioekonomisiin terveyseroihin keskeisesti vaikuttavaa alkoholikuolleisuutta tarkastellaan alimman tuloluokan alkoholinkulutuksen vuoksi menetettyjen elinvuosien määrän (PYLL, tieto vuodelta 2013) pohjalta, koska alkoholinkulutuksen muutokset näkyvät alimmassa tuloryhmässä muita tuloryhmiä voimakkaammin. Mukana on myös ehkäisevän päihdetyön laatua ja tarvetta kuvaavat kaksi indikaattoria.

Palveluiden asiakaslähtöisyydestä ja yhdenvertaisuudesta ei tätä arviointia varten ollut indikaattoritietoja eikä myöskään henkilöstöä koskevia indikaattoritietoja.

Pirkanmaan alueella vakavia mielenterveyshäiriöitä sairastavien osuus aikuisväestöstä on hieman maan keskiarvoa alaisempi. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja on 1,6 prosenttia väestöstä (koko maassa 1,8 prosenttia), ja mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavia 25 - 64-vuotiaiden osuus on 3,3 prosenttia (koko maassa 3,5 prosenttia). Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus aikuisväestöstä on jonkin verran maan keskiarvoa korkeampi. Psykkisesti kuormittuneiden osuus on maan keskiarvoa hieman alaisempi.

Avohoidon mielenterveyspalvelujen käyttö on alueella asukasluukuun suhteutettuna jonkin verran maan keskiarvoa alaisempi. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntejä on 430 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden (koko maan keskiarvo 518). Erikoissairanhoidon avohoitokäyntejä on 246 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden ja perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä 148 tuhatta asukasta kohden (koko maassa 340 ja 144).

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä on 18–24-vuotiaiden ja 25–64-vuotiaiden ikäryhmissä maan keskiarvoa selvästi alaisempi mutta 65 vuotta täyttäneillä maan korkein. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjä 18 vuotta täyttäneitä/1 000 vastaavaniikasta on alueella maan keskitasoa vastaavasti.

Pakkotoimien käyttö tahdosta riippumattomien hoitojaksojen aikana on selvästi maan keskitasoa yleisempää. Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaalassa olleiden psykiatrian potilaiden osuus vastaa maan keskitasoa. Psykiatrian kuntoutuskeskusten asiakkaiden väestöön suhteutettu osuus on selvästi maan keskiarvoa alaisempi erityisesti ympärivuorokautisesti tuetuissa palveluissa.

Kelan korvaamaa psykoterapiaa alueella saatiin muuta maata selvästi enemmän. Psykoterapiaa on 16–24-vuotiaista saanut 14,8 tuhatta vastaavaniikasta kohden, kun koko maan keskiarvo on 10. Vastaavat luvut 25–64-vuotiailla ovat 11,6 ja 9 tuhatta vastaavaniikasta kohden. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä on hieman maan keskiarvoa enemmän.

Kaiken kaikkiaan mielenterveysongelmien esiintyvyys ja mielenterveyspalvelujen käyttö alueella on muuta maata jonkin verran pienempi. Kelan korvaaman psykoterapian saatavuus on muuta maata parempi. Indikaattoreista huomio kiinnittyy runsaaseen pakon käyttöön tahdosta riippumattoman hoidon aikana. Myös tahdosta riippumattoman hoidon yleisyys on maakunnassa valtakunnan keskitasoa, vaikka vakavia mielenterveyshäiriöitä on jonkin verran muuta maata vähemmän. Pakon käyttöä tulisi pyrkiä vähentämään kehittämällä sairaalahoidon hoitokäytäntöjä ja parantamalla sairaala- ja avohoidon integraatiota. Kuntouttavien asumispalvelujen riittävyyteen alueella tulisi kiinnittää huomiota.

Ikääntyneiden psykiatrisen sairaalahoidon hoitopäivät olivat maan korkeimmat. Tätä indikaattoritietoa tulisi tarkastella suhteessa muihin ikäihmisten palveluihin.

Pirkanmaan alueen aikuisväestöstä päivittäin tupakoivia on 15,6 prosenttia (koko maassa 16,6 %), alkoholia liikaa käyttäviä on 33,6 prosenttia (AUDIT-C -mittarin mukaan riskipistemäärät ylittävien osuus; koko maassa 33,2 %) ja kannabista viimeisen vuoden aikana käyttäneitä 4,8 prosenttia (koko maassa 4,4 %). Pääasiassa huumeiden pistämällä tapahtuvaan käyttöön liittyviä uusia hepatiitti C -tartuntoja alueen 100 000:ta asukasta kohden on todettu 20,2 (koko maassa 20,8).

Päihdeongelmaisia hoidetaan muuta maata vähemmän avopalveluissa peruspalveluiden tasolla. Perusterveydenhuollon avohoidossa tehtävässä päihdetyössä on hieman vähemmän potilaita (5,3/1000 asukasta) kuin koko maassa (6,2). Myös päihdehuollon avohoidon asiakasmäärät (5,9 /1000 asukasta) ovat pienempiä kuin maassa keskimäärin (8,2). Erikoissairanhoidon avohoidossa on päihhteiden vuoksi hieman enemmän potilaita (5,7/1000 asukasta) kuin koko maassa (5,4).

Pirkanmaan alueen päihdeongelmaisten ympärivuorokautinen hoito painottuu muuta maata enem-

män päihdehuollon erityispalveluihin. Päihteiden vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on saman verran potilaita (2,6/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,8). Päihdehuollon laitoksissa katkaisuhoidossa ja kuntoutuksessa on sen sijaan selvästi enemmän asiakkaita (4,2/1000 asukasta) kuin maassa keskimäärin (2,4) ja myös päihdehuollon asumispalveluiden asiakasmäärät (1,3/1 000 asukasta) ovat hieman korkeampia kuin koko maassa (1,1).

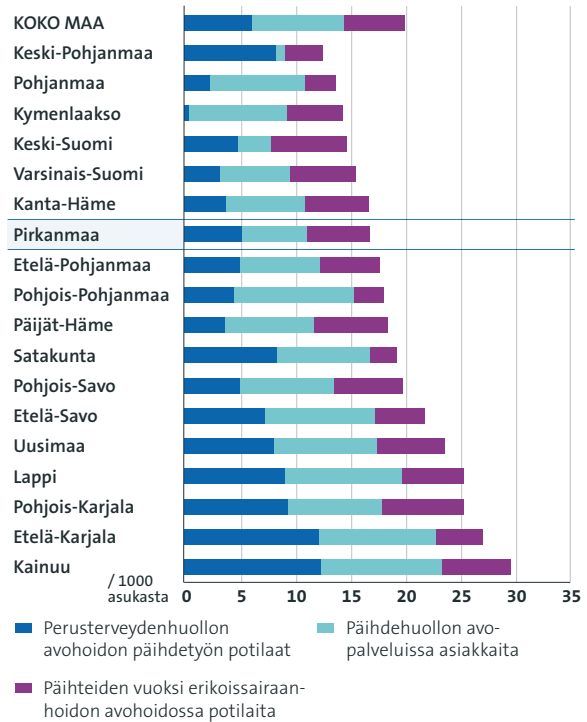
Kaikkein pienituloisimmilla 25–80-vuotiailla on alkoholikuolemien vuoksi menetettyjen elinvuosien (PYLL) hieman vähemmän (3 160/100 000 vastaavanikäistä) kuin koko maassa (3 261).

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin on nimetty 40,9 prosentissa alueen kunnista (koko maassa 44,1 %). Pirkanmaan alueen yläkoulujen luokkien 8 ja 9 oppilaista tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa on lähes yhtä paljon (9,8 %) oppilaita kuin koko maassa (10,2).

Kaiken kaikkiaan alueen aikuisväestön päihteiden käyttö vastaa maan keskimääräistä tasoa. Päihdeongelmia hoidetaan perusterveydenhuollon sekä päihdehuollon avopalveluissa muuta maata vähemmän, mutta erikoissairaanhoidossa hieman muuta maata enemmän. Päihdehuollon ympärivuorokautista hoitoa käytetään enemmän kuin maassa keskimäärin. Kaikkein pienituloisimmilla on hieman vähemmän alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia kuin maassa keskimäärin.

Kuvio 7

Päihdeongelmien tai -sairauksien vuoksi avohoidossa vuonna 2016 hoidetut potilaat perusterveydenhuollon päihdetyössä, päihdehuollon erityispalveluissa ja erikoissairaanhoidossa suhteessa väestöön



Erikoissairaanhoito

Väestön palveluiden tarve on sairastavuus- ja kansantauti-indeksien sekä muiden tässä arvioitujen indikaattoreiden valossa alle koko maan tason.

Pirkanmaan maakunnassa toimii Tampereen yliopistollinen sairaala (TAYS), johon kuuluvat seuraavat sairaalat: TAYS Keskussairaala, Tays Valkeakoski, Tays Sastamala, TAYS Sydänsairaala ja Tekonivelsairaala Coxa. Sydänsairaala ja Coxa ovat osakeyhtiöitä, ja ne markkinoivat palveluitaan yli koko maahan sekä ulkomaille. Valkeakosken ja Vammalan (nykyisin Sastamala) sairaalat ovat vuodesta 2014 olleet kiinteä osa TAYS:ia. Maakunnassa potilaita hoidetaan vuodeosastolla potilasmääriä tarkasteltaessa melko vähän (alin tertiili), vaikka hoitajaksojen määrä on keskitasoa. Hoitopäiviä käytetään sen sijaan runsaasti, ja taustalla on maan pisin hoitajakso eli 4,1 vuorokautta (koko maa 3,3). Avohoitokäyntien määrä on sen sijaan yksi maan matalimpia eli 1,27 asukasta kohti (koko maa 1,54). Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöindeksi on 96,5. Toimenpiteellisten hoitajaksojen määrä on vertailussa alimmassa kolmanneksessa (73,3 / 1000 asukasta). Päivystysleikkausten osuus on maan suurin (29,5 %) ja päiväkirurgisten toimenpiteiden määrä keskitasoa eli 47,8 % (koko maa 50,8 %). Vuonna 2016 synnytysten määrä oli 4993, näistä sektioita oli 14,7 % eli alle maan keskitason (16 %). Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia (5,44 / 1000 asukasta) ja pallolaajennuksia (1,92 / 1000 asukasta) tehdään vähemmän kuin maassa keskimäärin (vastaavat lukemat 6,5 ja 2,8).

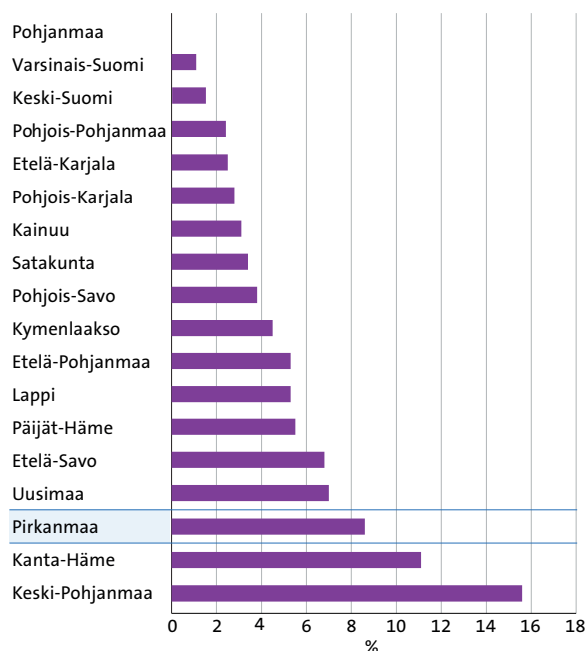
Päivystysaikana ja ensiavun kautta alkavien hoitajaksojen suuri osuus heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon toiminnan puutteita tai pitkiä odotusaikoja suunniteltuun hoitoon. Pirkanmaalla päivystyskäyntien määrä on yksi pienimmistä eli 61 / 1000 asukasta (koko maa 185), mutta taustalla voi olla yhteispäivystyksen käyntien poikkeava merkin-tätapa. Hoitotaksot alkavat noin puolessa tapauksista (45,6 %, alin tertiili) päivystyksenä. Yksityislääkärin läheteellä hoitoon saapuu keskimääräistä enemmän potilaita (16,9 %, ylin tertiili) ja ilman lähetettä noin neljäsosa (24,5 %, koko maa 23,9 %). Erikoissairaanhoidon odotusajan mediaani on lyhyimpiä, keskimäärin 37 vuorokautta (vaihteluväli 31- 63 vuorokautta). Kaihileikkausta odotetaan keskimääräistä pidempään, 91 vuorokautta (mediaani 79 vuorokautta), mutta polven tai lonkan tekonivelleikkaukseen pääsee poikkeuksellisen pikaisesti, sillä odotusajan mediaani on vain 15 vuorokautta (koko maa 63 vrk).

Maakunnan somaattisen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat 1081 euroa asukasta kohden ja kustannusindeksi on 97,7. Toimintakuluista henkilöstön osuus on 46,2 % ja ostopalvelujen 36 %; vastaavat kuluerät koko maassa ovat 52,3 % ja 30,8 %. Voimavarojen raportoinnissa kaikilla maakunnilla on valitettavia epätarkkuuksia, mutta sairaansijojen määrässä Pirkanmaa on maan keskitasoa (2,03 sairaansijaa / 1000 asukasta, koko maassa vastaava lukema on 2,2). Henkilötyövuosia ei maakunnasta ole käytettävissä.

Tarkasteluun valituissa laatumääreissä maakunnan tulokset ovat kaksijakoiset niin, että lonkkamurtumapotilaiden kohdalla odotusaika on usein kohtuuton – leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus on 8,9 % kaikista lonkkamurtumapotilaista (koko maa 4,2 %, vaihteluväli 0–15,3 %), sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus on 7,2 % (koko maa 8,8 %, 5,5–10,8 %) ja uudelleen sairaalaan joutuu 11,5 % potilaista (koko maa 13,3 %, 9,1–20 %). Infektioissa tilanne ei ole kuitenkaan hyvä, sillä *Staphylococcus aureus* -liittymien bakteremioiden määrä /1000 hoitopäivää on maan keskitasoa (0,19). Tämän kohdalla tarkastelua rajoittaa vertailutiedon puutteellinen määrä.

Kuvio 8

Lonkkamurtuman leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus (vakioitu) maakunnissa



Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

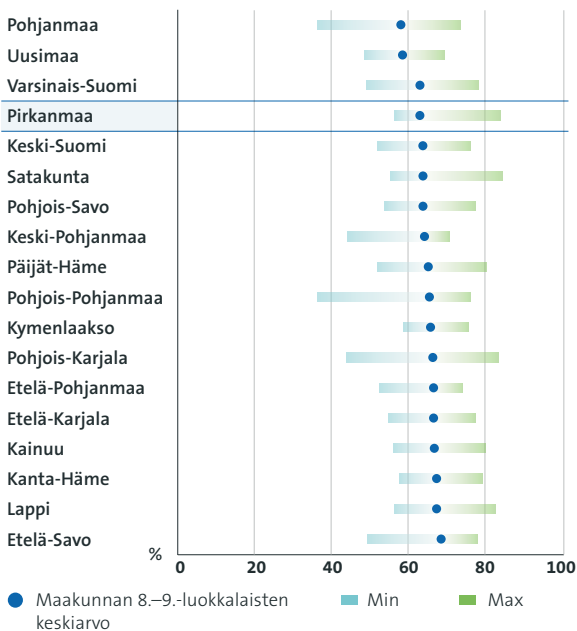
Valtakunnallisten suositusten, jotka vaikuttavat lasten ja perheiden palvelujen laatuun, toteuttamisessa on Pirkanmaalla paljon kehitettävää. Palveluiden asiakaslähtöisyys on maan keskitasoa. Kirjaamisen puutteet heikentävät laajojen terveystarkastusten yhdenvertaisen toteutumisen arviointia.

Sekä äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden että koulu- ja opiskeluterveydenhuollon totuttamisessa on Pirkanmaalla kehitettävää ja tulokset alittavat maan keskitason. Pirkanmaalla lastensuojelu painottui hiukan sijaishuoltoon. Lastensuojelun kustannukset olivat kansallisella keskitasolla.

Arvioinnissa käytetyt mittarit kuvaavat vain osaa lasten ja nuorten palveluista. Palveluiden tarvetta kuvaavia mittareita ei ollut mukana tässä arvioinnissa.

Kuvio 9

Terveystarkastuksen toteutuminen oppilaslähtöisesti, maakunnan keskiarvo ja kuntien välinen hajonta



Perhekeskuspalvelut

Kaikki Pirkanmaan kunnat ilmoittivat, että kaikille lasta odottaville ja lapsille järjestetään lainmukainen laaja terveystarkastus. Poikkeuksena on Ikaalinen, jossa järjestetään vain yksi laaja terveystarkastus 1–6-vuotiaille. Laajaan terveystarkastukseen osallistuu ainakin toinen lapsen vanhemmista, ja terveydenhoitaja ja lääkäri tekevät tarkastuksen yhteistyössä. Potilastietomerkintöjen mukaan laaja terveystarkastus järjestetään kuitenkin vain kolmannekselle 4 kuukauden ja 4 vuoden ikäisistä lapsista. Erilaiset tulokset johtuvat asiakastietojärjestelmien ominaisuuksista ja kirjaamisen puutteista.

Asiakastytytyväisyyskyselyn mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä lastenneuvolapalveluihin, ja tulos vastaa koko maan tasoa. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien ja lääkärin määrä vastasi kohtuullisesti henkilöstömäärästä annettuja suosituksia.

Suun terveystarkastus ensisynnyttäjille järjestetään Pirkanmaalla huonosti. Rokotekattavuudessa on parannettavaa. Isyyden tunnustamisista suurehko osuus oli tehty raskausaikana äitiysneuvolassa.

Perheiden määrä sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä vastasi Pirkanmaalla koko maan keskitasoa, mutta myös lasten ja perheiden sosiaalipalveluiden (pois lukien lastensuojelu) nettokäyttökustannukset olivat jonkun verran muuta maata korkeammat.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Pirkanmaan maakunnassa kouluterveydenhuolto ja toisen asteen opiskeluterveydenhuolto eivät toteudu kattavasti. Vain 75 prosenttia terveyskeskuksista oli sisällyttänyt toimintasuunnitelmaansa perusopetuksen oppilaiden lakisääteiset kolme laajaa terveystarkastusta. Opettajan antama arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa sisältyi suunnitelmallisesti laajaan terveystarkastukseen 75 prosentissa maakunnan peruskouluista (maakuntien vaihteluväli 35–90 %).

Sekä 4. ja 5. luokan oppilaat että 8. ja 9. luokan oppilaat arvioivat viimeisimmän terveystarkastuksen toteutuneen laadukkaasti hiukan useammin kuin maassa keskimäärin. Tätä mieltä oli 4.–5. luokan oppilaista 53 prosenttia (koko maa 49 %) ja 8.–9. luokan oppilaista 61 prosenttia (koko maa 60 %).

Vain 31 prosenttia 8-luokkalaisten laajoista terveystarkastuksista kirjautui toteutuneiksi Avohilmorekisteriin (maakuntien vaihteluväli 6–34 %). Laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa on Pirkanmaalla joko käytännöistä tai teknisistä pulmista johtuvia puutteita, vaikka se sijoittuikin tuloksellaan maakuntien parhaimpaan neljännekseen.

Pirkanmaalla koululääkäreiden henkilöstömitoitus oli maakuntien keskitasoa. Oppilasmäärä koululääkärihenkilötyövuotta kohden oli 1,5-kertainen valtakunnalliseen mitoitussuositukseen (2100 oppilasta) nähden.

8. ja 9. luokan oppilaista 37 prosenttia oli asioinut kouluterveydenhoitajalla myös muuten kuin terveystarkastuksissa. Tämä on samaa luokkaa kuin koko maassa keskimäärin (38 %).

Lakisääteinen lääkärintarkastus lukiossa ja ammatillisessa oppilaitoksessa ei sisältynyt maakunnan kaikkien terveyskeskusten toimintasuunnitelmiin. Kaikille lukiolaisille oli suunnitellut tarkastuksen 83 prosenttia terveyskeskuksista ja kaikille ammattiin opiskeleville 91 prosenttia terveyskeskuksista (maakuntien vaihteluväli lukioissa 80–100 % ja ammatillisissa oppilaitoksissa 50–100 %).

Erityistason palvelut

Lastensuojelun palveluntarpeen arvioinneista 99 prosenttia oli Pirkanmaalla valmistunut kolmen kuukauden sisällä; lain edellyttämä valmistumisaika toteutui lähes aina. Lastensuojelun avohuollon asiakkuuksien määrä oli keskitasoa matalampi muihin maakuntiin verrattuna. Lastensuojelun asiakassuunnitelmien määrä suhteessa avohuollon asiakkuuksiin (46/100) oli hiukan matalampi kuin maakunnissa keskimäärin. Laki edellyttää asiakassuunnitelmaa kaikista asiakkuuksista. Lastensuojelun tehostetussa perhetyössä oli enemmän perheitä kuin maakunnissa keskimäärin. Kiireellisten sijoitusten määrä ja huostassa olleiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli keskitasoa. Lastensuojelun avohuollon palveluiden samoin kuin perhe- ja laitoshoidon nettokäyttökustannukset olivat muihin maakuntiin nähden keskitasolla.

Sairaalahoidon hoitopäivien määrä 0–17-vuotiailla oli maan keskitasoa. Synnytyssairaalan palveluun oltiin Pirkanmaalla vähemmän tyytyväisiä kuin maassa keskimäärin.

Kaksi nuorta odotti Pirkanmaalla nuoriso- tai lastenpsykiatriseen hoitoon laissa säädettyä kolmea kuukautta pidempään vuoden 2017 seuranta-ajankohtina. Tavanomaisesti lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon pääsi kahdessa viikossa, mutta nuortenpsykiatriassa odotusaika oli 31.8.2017 peräti 51 vrk, joka oli koko maan pisimpiä.

Työikäisten sosiaalipalvelut

Työikäisten sosiaalipalvelujen tavoitteena on tukea työikäisiä asiakkaita elämänhallintaan, työhön, toimeentuloon ja opiskeluun liittyvissä asioissa sekä vähentää eriarvoisuutta. Tässä arvioinnissa työikäisten sosiaalipalvelujen tilaa tarkastellaan työttömyyden, eriarvoisuuden ja palvelujen saavutettavuuden näkökulmista.

Pirkanmaan kuntien alueella rakennetyöttömyyden aste on 7,2 prosenttia eli kansallista keskitasoa (6,2 %) korkeampi. Työttömien aktivointiaste (31,1 %) on kansallista keskitasoa (keskiarvo 31,6 %) Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien osuus 15–64-vuotiaasta väestöstä (17,8 %) on maan keskitasoa (11,6 %) korkeampi. Työttömyysjakso venyi yli 12 kuukauden pituiseksi 14,1 prosentilla työttömäksi jääneistä; luku on selvästi kansallista tasoa korkeampi (keskiarvo 11,9 %) ja maan kolmanneksi korkein luku. Kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen määrä kertoo, miten kunta on kyennyt ohjaamaan pitkään työttömänä olleita henkilöitä työllistymistä edistäviin palveluihin. Vuonna 2016 Pirkanmaan alueen kunnat maksoivat alueen asukkailla myönnettyä työmarkkinatukea takaisin valtiolle 44 126 202 euroa, mikä on 1878 euroa kutakin Pirkanmaan alueen pitkäaikaisesti työttömää kohden (maan keskiarvo 1978 euroa).

Rakennetyöttömyys voidaan nähdä Pirkanmaan alueen haasteena, lisäksi työttömyysjaksot pitkittyvät. Myönteistä on, että kuntouttavan työtoiminnan palveluja vaikuttaa olevan hyvin saatavilla. Myös osarahoitetun työmarkkinatuen määrä on kansallisesti vertaillen kohtuullinen.

Asunnottomia on Pirkanmaan alueella 0,8 promillea eli alle kansallisen keskitason (1,2 %) mutta kansallisesti kolmanneksi eniten ja selvästi mediaania (0,3 %) enemmän. Asunnottomuuden vähentämiseksi tarvittaneen paitsi rakenteellista sosiaalityötä myös asumisen sosiaalityön työkäytäntöjen kehittämistä ja vahvistamista.

Toimeentulotukea myönnettiin 138 euroa asukasta kohden eli kansallista keskiarvoa (136 euroa / asukas) vastaavalla tavalla ja maakunnallisia alueita vertailtaessa toiseksi eniten. Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneita 25–64-vuotiaita oli 2,5 prosenttia, mikä myös vastaa kansallista keskitasoa (2,4 %). Kuitenkin nuorista 18–24-vuotiaista pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai 4,1 prosenttia, mikä ylittää maan keskiarvon (3,6 %). Täydentävää toimeentulotukea myönnettiin

Pirkanmaan alueella vuonna 2016 keskimäärin 471 euroa ja ehkäisevää toimeentulotukea 525 euroa tukea saanutta asukasta kohden. Vastaavat koko maan keskiarvot olivat 551 euroa (täydentävä tuki) ja 632 euroa (ehkäisevä tuki).

Pirkanmaan alueella toimeentulotukiasiakkaiden pitkittyminen korostuu 18–24-vuotiaiden nuorten kohdalla, mikä viittaa tarpeeseen kehittää nuorille aikuisille tarkoitettuja palveluja. Täydentävällä ja ehkäisevällä tuella voidaan ottaa huomioon henkilön erityiset tarpeet ja olosuhteet sekä edistää omatoimista suoriutumista. Alueen rakennetyöttömyys ja pitkittävät työttömyysjaksot eivät juuri näy täydentävän ja ehkäisevän tuen määrässä.

Sosiaalipalvelujen saavutettavuutta selvitettiin vuoden 2017 ATH-kyselyn tulosten perusteella. Koko maassa vastaajista 79,8 prosenttia katsoi, että asiakasmaksut tai matkat eivät ole vaikeuttaneet palvelujen saavutettavuutta. Pirkanmaalla vastaava luku oli 81,3 prosenttia. Tulos on keskimääräistä parempi, mutta silti lähes joka viidennellä vastanneella on ollut vaikeuksia saada sosiaalipalveluja. Maakunnittain tarkastellen vastaajia oli kuitenkin vähän, joten kyselyn tulokset ovat enintään viitteellisiä.

Kuvio 10

Rakennetyöttömyys ja työttömien aktivointiaste Pirkanmaalla



Vammaispalvelut

Henkilö, jolla on vammasta tai sairaudesta johtuva toimintarajoite, voi tarvita tavanomaisen elämänsä tueksi yleisten palvelujen lisäksi erityispalveluja. Tässä tarkastellaan vammaispalvelu- ja kehitysvammalakiin mukaisia palveluja vuoden 2016 tietojen perusteella. Myönnettyjen palvelujen perusteella saadaan kuvaa palvelujärjestelmästä.

Vammaisuuden palvelukokonaisuutta tarkastellaan alla olevassa kuviossa yhtenä kokonaisuutena. Kuviossa on yksittäisten palveluiden kokonaismäärä suhteutettuna alueen väkilukuun (vuoden 2016 tilastojen perusteella). Lukumäärät eivät kuvaa palvelujen piirissä olevien henkilöiden määrää vaan annettuja tai myönnettyjä palveluita. Tarkasteluun on otettu seuraavat palvelut: *asunnonmuutostyö ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet, henkilökohtaisen avun asiakkaiden määrä, kehitysvammaisten henkilöiden määrä erilaisissa asumispalveluissa ja vaikeavammaisten palveluasumisessa, työllistämistä tukevien toimintojen sekä työ- ja päivätoiminnan piirissä olevien määrä, kodinhoitoapua saaneiden vammaistalouksien määrä, alle 65 vuoden ikäisiä hoitavien omaishoidontuen päätösten määrät sekä vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu.*

Lisäksi kuviossa on Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajien määrä väkilukuun suhteutettuna 1000 asukasta kohden. Koko maassa vammaisetuksia myönnettiin 1 000 asukasta kohden noin 50 ihmiselle (49,9). Vammaisuuden perusteella myönnettyjen palvelujen määrä oli tuhatta asukasta kohden noin 65 (65,2). Vastaavat luvut olivat Pirkanmaan maakunnassa seuraavat: vammaisetuksien piirissä oli 52 (51,7) henkilöä 1000 asukasta kohden ja myönnettyjen palveluja määrä 1000 asukasta kohden oli 39 (38,9). Palveluiden myöntämisperusteet ja vammaisetuksien saamisen kriteerit poikkeavat toisistaan, eikä näin ollen vammaisetuksia saavien henkilöiden määrää voi suoraan pitää palveluita tarvitsevien määränä. Voidaan olettaa, että vammaisetuksia saavissa on runsaasti sellaisia henkilöitä, jotka eivät ole vammaispalveluiden piirissä. Mutta nämä henkilöt saattavat saada muita palveluja esimerkiksi sosiaali- huoltolain perusteella. Palvelujen kattavuus edellyttäisikin laajempaa selvitystä yhdessä tarvearvioinnin kanssa.

Kaksi suurinta palvelukokonaisuutta myönnettyissä palveluissa ovat henkilökohtainen apu ja liikkumisen palvelut.

Henkilökohtaisessa avussa palvelun käyttäjien määrä koko maassa oli 383 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Vastaava luku oli Pirkanmaalla 365. Asiakas-

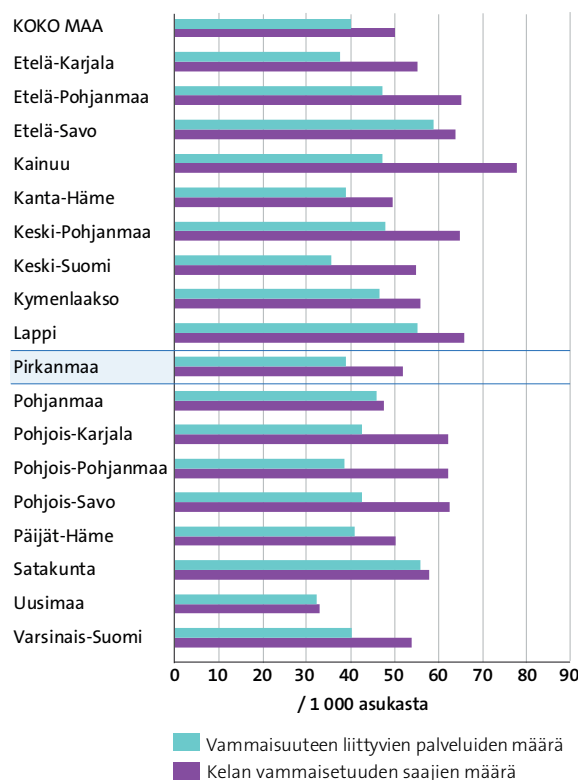
määrä ei kerro siitä, kuinka paljon henkilökohtaista apua on kullekin asiakkaalle myönnetty ja onko palvelu ollut riittävää ja vaikuttavaa.

Liikkumisten palvelut sisältävät hyvin monenlaisia palveluita. Erityispalvelujen tarpeeseen vaikuttavat alueelliset olosuhteet, esteettömyys ja palvelurakenne sekä tietenkin yksittäisten ihmisten tarve liikkua. Pirkanmaalla vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalvelun saajia oli 100 000 asukasta kohden 1907. Vastaava luku oli koko maassa 1783. Sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluita Pirkanmaalla sai 100 000 asukasta kohden 431 henkilöä kun koko maan vastaava luku oli 391.

Tarkasteluvuonna (2016) *vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot* koko maassa asukasta kohden olivat 117 euroa. Pirkanmaalla vastaava luku oli 113 euroa, kun suurin euromäärä koko maassa oli 170 euroa / asukas. Maakuntien matalin euromäärä oli 92 euroa / asukas. Kokonaiskustannusanalyysia varten pitäisi huomioon ottaa vähintäänkin kehitysvammalain mukaisten palveluiden kustannukset sekä tieto siitä, millaisia ovat alueen yleiset palvelut ja esteettömyys. Saavutettavat ja toimivat yleiset palvelut vähentävät erityispalveluiden tarvetta.

Kuvio 11

Vammaisetuksia saavien henkilöiden ja vammaisuuteen liittyvien palveluiden määrän suhde väestöön vuonna 2016



Ikäihmisten palvelut

Ikääntyneen väestön toimintakyky on maan keskitasolla. 75 vuotta täyttäneistä 26 prosentilla oli suuria vaikeuksia arkiaskareissa (koko maassa 25 %:lla). Riskiryhmien seuranta ja ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen toimintaa kuvaa kausi-influenssarokotteen kattavuus, joka 65 vuotta täyttäneillä on Pirkanmaalla keskiarvo. Pirkanmaalla rokottamattomia on 55 prosenttia, koko maassa 53 prosenttia.

Ikäkkäiden palveluissa tavoitteena on, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuoden 2016 marraskuussa 75 vuotta täyttäneistä naisista 13 prosenttia ja miehistä 9 prosenttia. Kattavuus on siten maan keskitasoa. Kotihoidon asiakas saa Pirkanmaalla keskimäärin 11 kotikäyntiä viikossa, mikä on hieman maan keskiarvoa (13) vähemmän. Lisääntyvä kotihoito edellyttää, että kotiin voi tarvittaessa saada myös intensiivistä hoitoa, yli 60 kotihoidon käyntiä kuukaudessa, sekä ympärivuorokautista kotihoitoa. Koko maassa 33 prosenttia yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaista sai intensiivistä hoitoa, Pirkanmaalla 32 prosenttia. Pirkanmaalla kotihoidon asiakkaista 52 prosentilla on mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa, kun koko maassa mahdollisuus on keskimäärin 78 prosentilla asiakkaista. Pirkanmaa ei kuulu niiden maakuntien ryhmään, joissa palvelurakenne painottuu erityisesti kotihoitoon.

Muistisairaat ovat suurin ikäkkäiden palveluja käyttävä asiakasryhmä. Kotihoidossa vain joka kolmannen asiakkaan kognitio on normaali, mutta kaikilla oireilevilla ei ole muistisairausdiagnoosia. Pirkanmaan säännöllisistä kotihoidon asiakkaista 23 prosentilla oli muistisairausdiagnoosi (koko maassa 20 %). Panostus muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa on siten keskiarvo. Omaishoidon tuen valtakunnallinen kattavuustavoite on viisi prosenttia yli 75-vuotiaasta väestöstä. Pirkanmaan omaishoidon kattavuus oli 3,7 prosenttia. Alle viidesosa omaishoidossa olevista sai kotihoidon tukipalveluja, mikä on maan keskiarvoa vähemmän.

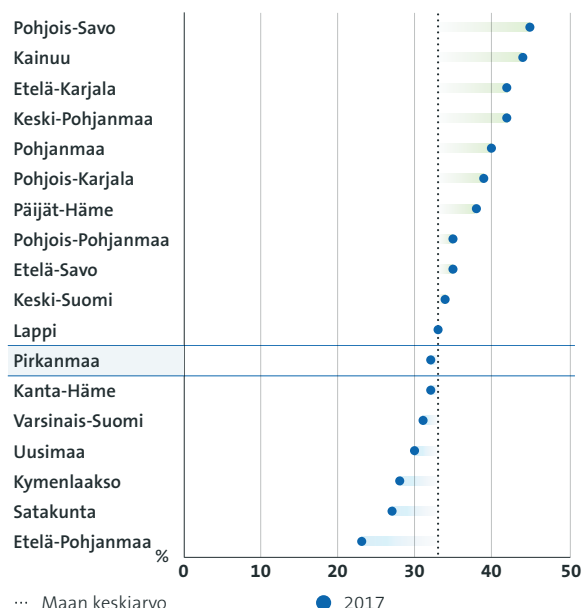
Koko maassa ikäkkäiden palvelurakenne on kevennyt, mikä on merkinnyt kotihoidon palvelujen käyttäjämäärien ja menojen kasvua. Pirkanmaalla ikäkkäiden palvelujen menoista 31 prosenttia on käytetty kotihoidon palveluihin. Tämä panostus kotona asumisen tukemiseen on maan keskitasoa ja palvelurakenteen muutos kotihoitopainotteiseksi on edennyt keskiarvoon. Kotihoidon nettokäyttökustannukset (euroa/asukas) olivat Pirkanmaalla 160 ja koko maassa 172 euroa.

Kotihoidossa toimivista työntekijöistä suurin osa on lähihoitajia, eikä maakuntien välillä ole juurikaan eroja lähihoitajien osuudessa. Sen sijaan sairaanhoitajien määrä vaihtelee maakunnittain (9,6–18,5 %). Pirkanmaalla sairaanhoitajia (11 %) on hieman vähemmän kuin koko maassa (13 %). Lisäksi sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta oli Pirkanmaalla hieman muuta maata pienempi (34 % vs. 37 %). Voikin arvioida, että sairaanhoitajien palvelujen saatavuus kotihoidossa on Pirkanmaalla hieman maan keskiarvoa heikompi. Lähihoitajilla välitön työaika (68 %) on maan keskitason yläpuolella.

Tavoitteellisella kuntoutuksella pyritään säilyttämään kotihoitoa saavan aktiivisuus ja elämänlaatu mahdollisimman hyvänä. Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista tulisi olla tehtynä kuntoutussuunnitelma. Pirkanmaalla 19 prosenttia kotihoidon toimenpiteistä tekee systemaattisesti asiakkailleen kuntoutussuunnitelman. Se on alle maakuntien keskitason. Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaamisessa Pirkanmaa on keskiarvoa parempi maakunta. Asiakkaista 52 prosenttia saa palvelunsa toimenpiteistä, jossa kivunhoidon osaaminen on ”hyvä”; koko maassa osuus on 44 (vaihteluväli 8–85 %). Asiakaspaletta kerätään asiakkailta, omaisilta ja henkilöstöltä vaihtelevasti (vaihteluväli 41–94 %, riippuen vastaajatahosta). Pirkanmaalla palautetta kerätään asiakkailta hyvin, 91 prosentilta, kun koko maassa vastaava osuus on 76.

Kuvio 12

Kotihoidossa intensiivistä hoitoa saavien asiakkaiden osuus (%)



Pirkanmaalla palvelurakenteiden keventäminen on käynnissä oleva prosessi. Intensiivisen kotihoidon määrää ja ympärivuorokautisen hoivan valmiutta tulisi nykytasolta lisätä, jotta raskaimpien palveluiden tarvetta voidaan myöhentää. Muistisairauksia diagnosoidaan kotihoidossa keskiverrosti. Omaishoidon tuen kattavuus on alle valtakunnallisen suosituksen ja alle viidesosa omaishoidossa olevista sai kotihoidon tukipalveluja. Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaaminen on keskitasoa parempaa. Pirkanmaalla kotihoidossa toimivia sairaanhoitajia on keskimääräistä vähemmän, ja heidän tekemänsä välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on maan keskiarvoa pienempi. Sairaanhoitajien työajan kohdentaminen asiakastyöhön on yksi kotihoidon kehittämiskohde, kun entistä heikkokuntoisempia hoidetaan kotona.

Pirkanmaan kotihoidon kustannusrasitus asukkaille on alle maan keskitason, mutta on huomiotava, että jatkossa maakunnan kotihoidon menoja tulee todennäköisesti nostamaan intensiivisen kotihoidon tarpeen kasvu. Asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Pirkanmaan kotihoidon toimityksistä vain 19 prosenttia tekee asiakkailleen systemaattisesti kuntoutussuunnitelman, vaikka kuntoutussuunnitelmia tulisi tehdä tarvittaessa kaikille kotihoidon asiakkaille. Asiakaspaletta kerätään erittäin hyvin toimityksissä.

Saatavuus

Maakuntien arvioinnissa saatavuutta ja saavutettavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla. Tarkastelussa käytetään tietoja hoitoon pääsystä, lastensuojelun palvelutarpeen arviointien tekemisestä ja kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjonnasta sekä väestökyselyn tuloksia.

Perusterveydenhuollossa saatavuutta on arvioitu tarkastelemalla lääkärin vastaanotolle pääsemistä kiireettömän asian vuoksi. Osoittimeksi on valittu se, kuinka monta prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lisäksi perusterveydenhuollon hoitotakuun toteutumista on käsitelty perusterveydenhuollon toimialakohtaisessa kappaleessa.

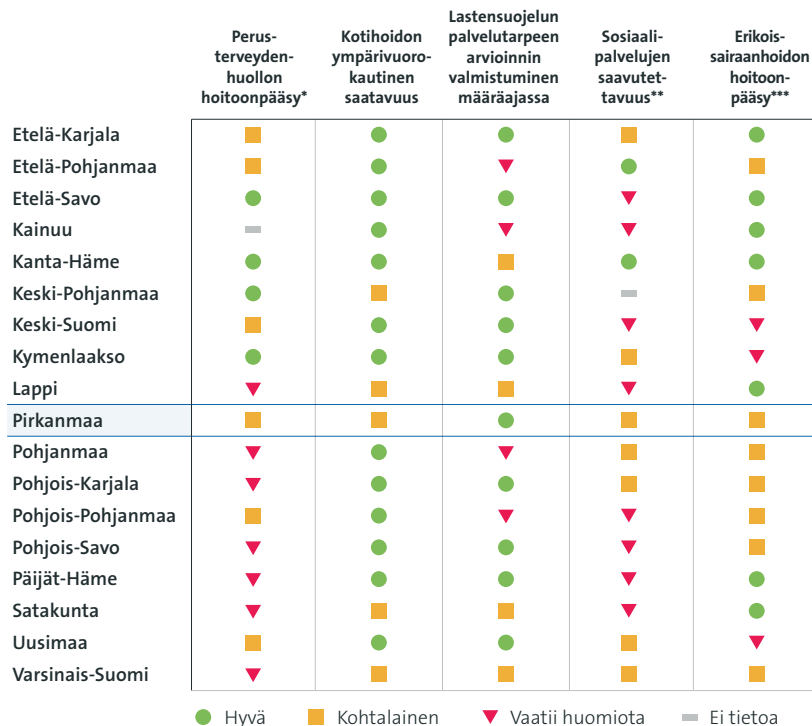
Erikoissairaanhoidosta on tarkasteltu lakisääteisen hoitoonpääsyn määräajan (6 kk) ylittäneiden potilaiden määrää suhteutettuna väestömäärään. Lääkäiden palvelujen saatavuuden mittarina on tällä arviointikierroksella käytetty kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjontaa. Lastensuojelussa palvelutarpeen arviointien pitäisi valmistua lakisääteisessä kolmen kuukauden määräajassa; näiden osuutta tarkastellaan yhtenä saatavuuden osoittimena.

Aikuisten sosiaalipalvelujen saavutettavuuden mittarina käytetään THL:n väestökyselyssä selvitettyjä arvioita siitä, tuntuvatko sosiaalipalvelut asiakkaiden mielestä helposti saavutettavilta ja vaikuttavatko siihen hankala sijainti ja korkeat asiakasmaksut. Arvioinnissa ei ole muiden kuin sosiaalipalvelujen osalta käsitelty sitä, kuinka palvelut ovat tosiasiallisesti olleet saavutettavissa ja asukkaiden käytettävissä asiakasmaksujen, välimatkojen tai aukioloaikojen näkökulmasta. Esteettömyyttä ei ole tarkasteltu tässä yhteydessä.

Pirkanmaan alueella kiireettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärille pääsy on kohtalaisella tasolla: viikon sisällä 45 prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle. Erikoissairaanhoitoon yli kuusi kuukautta odottaneita on jonkin verran. Kotihoidon ympärivuorokautista hoivaa on saatavilla kohtalaisesti. Sosiaalipalvelujen saavutettavuus on kohtalaisella tasolla, tosin vain kahdessa maakunnassa saavutettavuuden arvioidaan olevan hyvällä tasolla. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneissa maakunnassa on onnistuttu hyvin, sillä lähes kaikki arviot tehdään kolmen kuukauden määräajassa.

Kuvio 13

Palveluiden saatavuus Pirkanmaalla



* Lääkärille kiireettömän asian vuoksi

** Väestökysely

*** Yli 6 kk odottaneet

Laatu ja vaikuttavuus

Maakuntien arvioinnissa laatua ja vaikuttavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, ennaltaehkäisyn näkökulma, sosiaalipalvelut ja terveydenhuollon asiakastytyväisyys. Kustakin alueesta on valittu 1–3 indikaattoria. Laatu ja vaikuttavuus ovat laajoja ja paljon eri asioita sisällään pitäviä käsitteitä, ja tämä tarkastelu kertoo laadusta ja vaikuttavuudesta vain valittujen indikaattorien osalta.

Perusterveydenhuollon laatua on arvioitu sen mukaan, kuinka monelle potilaalle on määrätty hoidoksi antibiootti määrittämättömään ylähengitystieinfektioon. Antibioottihoidolle ei ole perusteita ilman selkeämpää diagnoosia, mutta sitä päädytään määräämään joskus taudin pitkittyessä ilman kunnon indikaatiota. Mittari kertoo rationaalisen lääkehoidon toteutumisesta.

Erikoissairaanhoidosta on valittu tarkasteluun lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä kahden vuoden seuranta-aikana. Laatu on sitä parempi, mitä vähemmän uusintaleikkauksia joudutaan tekemään.

Ennaltaehkäisevästä toiminnasta tarkastellaan pikkulasten rokotusohjelmaan kuuluvan viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) kolmen annoksen rokotussarjan toteutumista. Koska on hyvin harvinaista, että lääke-

tieteellinen syy estäisi rokotussarjan aloittamisen tai sen jatkamisen loppuun, mittari kuvaa neuvolatyön laatua ja rokotusten kirjaamisen toteutumista. Valta-kunnallisesti lähes kaikille lapsille aloitetaan viitos-rokotussarja, joka suojaa kurkkumädältä, jäykkäkouristukselta, hinkuyskältä, poliolt ja Hib-bakteerin aiheuttamilta tulehduksilta. Ollakseen hyvässä suojassa henkeä uhkaavilta taudeilta lapsi tarvitsee koko sarjan. Laumaimmuneiteetti ei suojaa esimerkiksi jäykkäkouristukselta. Toiminnan laatu ja vaikuttavuus on sitä parempi, mitä korkeampi kolmen annoksen sarjan toteutumisen kattavuus on.

Sosiaalipalveluista on indikaattoriksi valittu lastensuojelun asiakkaiden asiakassuunnitelmien määrä. Lain mukaan lastensuojelun avohuollon asiakkaalle tulee tehdä asiakassuunnitelma. Asiakassuunnitelmalla on tarkoitus varmistaa, että palvelu on suunnitelmallista ja sen tuloksia arvioidaan säännöllisesti. Asiakassuunnitelmien laatimisessa on maakuntien välillä isoja eroja, mutta missään maakunnassa se ei toteudu vielä tavoitteen mukaisesti.

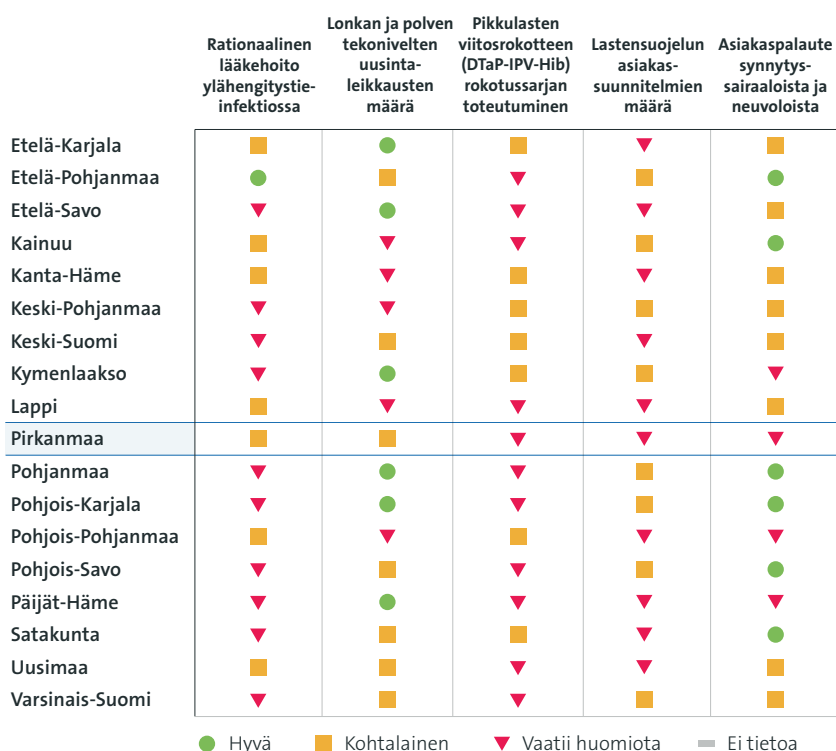
Asiakastytyväisyydessä on huomioitu synnytys-sairaalakyselyn asiakkaiden sairaalalle antama kokonaisarvosana sekä lasten- ja äitiysneuvolakyselyjen palvelujen hyödyllisyyttä ja asiakaspalvelua mittaavat kysymykset.

Pirkanmaalla noin joka viidennelle määrittämättöntä ylähengitystieinfektiota sairastavalle potilaalle

oli määrätty antibioottia. Eri maakunnissa luku oli 10–32 prosenttia. Lonkan tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli hieman suurempi kuin maassa keskimäärin, kun taas polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli maan keskitasoa hieman pienempi. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut vain 86,3 prosenttia. Tulos on erittäin matala, sillä rokotussarja oli aloitettu 98,8 prosentille lapsista. Maakunnan tulisi selvittää esimerkiksi, jääkö rokotussarja kesken ilman päteviä perusteita vai onko kyse kirjaamisen tai tiedonsiirron ongelmista. Lastensuojelun avohuollon asiakassuunnitelmia oli tehty riittämättömästi, vain alle puolelle asiakkaista. Asiakassuunnitelma tulee lain mukaan tehdä kaikille asiakkaille. Asiakastytyväisyys oli maan keskitasoa.

Kuvio 14

Palveluiden laatu ja vaikuttavuus Pirkanmaalla



Asiakslähtöisyys

Terveyspalvelujen asiakslähtöisyyttä arvioidaan kolmen väestökyselyyn perustuvan indikaattorin avulla. Valinnanvapauden edellytyksiä arvioitiin kysymyksellä, joka kartoittaa näkemyksiä mahdollisuudesta valita terveysasema, sekä summamuuttujalla, joka kuvaa terveydenhuollon hoitopaikkoja koskevan vertailutiedon riittävyyttä. Terveyspalvelujen palveluprosessien sujuvuutta on arvioitu kysymällä, millaisia kokemuksia vastaajalla on asioiden hoitamisen sujuvuudesta ja ammattilaisten välisestä tiedonkulusta terveyspalveluissa. Tulosten tulkinnassa tulee ottaa huomioon, että kyselyaineistot perustuvat pieniin kansallisiin otoksiin: niitä ei voi luotettavasti yleistää yksittäisiin maakuntiin. Lisäksi asiakslähtöisyyttä kuvataan TEAviisariin perustuvalla asukkaiden osallisuutta kuvaavalla indikaattorilla johon on summattu onko kunnissa vuonna 2017 määritelty asukkaiden osallistumisen edistämisen tavoitteet, toimenpiteet,

resurssit ja vastuut. Erikseen tarkasteltiin kuntalaisten mahdollisuuksia saada kunnan verkkosivuilta tietoa osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan ja -keinoistaan sekä sitä, onko kunnassa laadittu osallisuusohjelma. Näiden TEAviisari tulosten tulkinnassa on huomioitava, että kyse on hallinnollisista toimista, jotka eivät vielä kerro vielä miten asukkaiden ja palveluiden käyttäjien osallisuus toiminnan tasolla toteutuu.

Pirkanmaalla asukkaat pitivät terveysaseman valitsemisen mahdollisuuttaan kohtalaisen yleisesti hyvänä. Vertailutietoa oli sen sijaan saatavilla heikosti. Pirkanmaalla arvioitiin, että terveydenhuollon palveluprosessit etenivät sujuvasti kohtalaisen usein. Asukkaiden osallisuuden edistäminen on Pirkanmaalla lähellä koko Suomen keskitasoa. Lisäksi 64 prosenttia alueen kunnista on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Erillinen osallisuusohjelma oli laadittu yhdessä Pirkanmaan kunnassa.

Kuvio 15

Palveluiden asiakslähtöisyys Pirkanmaalla

	Mahdollisuus valita terveysasema*	Vertailutietoa hoitopaikoista*	Väestö kokee terveyspalvelut sujuviksi*	Osallistumisen edistämistoimet
Etelä-Karjala	●	▼	▼	●
Etelä-Pohjanmaa	■	■	■	▼
Etelä-Savo	■	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	▼
Kanta-Häme	■	▼	■	■
Keski-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Keski-Suomi	■	▼	■	●
Kymenlaakso	●	▼	■	▼
Lappi	■	■	■	■
Pirkanmaa	■	▼	■	■
Pohjanmaa	■	▼	■	■
Pohjois-Karjala	■	▼	■	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Pohjois-Savo	■	▼	■	■
Päijät-Häme	●	▼	■	●
Satakunta	■	▼	■	■
Uusimaa	■	▼	■	●
Varsinais-Suomi	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

* Väestökysely

Yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuutta tarkastellaan arvioinnissa yhtäältä tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslakien pohjalta ja toisaalta yhteiskunnallisen eriarvoisuuden aiheuttamien hyvinvointi- ja terveyserojen näkökulmasta.

Ensimmäisenä teemana arvioinnissa ovat maakunnan toiminnalliset lähtökohdat yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseen. Osoittimina on käytetty kuntien yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakeja toimeenpanevien suunnitelmien laadintaa ja väestöryhmittäisten terveyserojen raportointia. Toisena teemana arvioinnissa on erityispalveluiden järjestäminen haavoittuville ryhmille. Tällä arviointikierroksella on tarkasteltu vammaisille ja työttömille suunnattuja palveluita, joilla on tarkoitus lisätä yhdenvertaisen osallisuuden mahdollisuuksia ja kaventaa eriarvoisuudesta johtuvia terveyseroja. Vammaispalvelujen saatavuudesta kerätään tietoa koko väestölle tehtävillä kyselyillä, mutta niissä vammaispalveluiden käytöstä kertyy niin vähän kokemuksia, ettei edes viitteellistä arviota saatavuudesta voida tehdä kaikista maakunnista. Työttömien terveystarkastusten tilastointi kunnissa vaihtelee suuresti, joten tiedot ovat vain viitteellisiä.

Kolmantena teemana arvioinnissa on yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutuminen koko väestölle suunnatuissa palveluissa. Esimerkkinä on tässä käytetty terveyskeskuslääkärin palveluita. Arvioinnin kohteena ovat miesten ja naisten sekä ikä- ja koulutusryhmien väliset erot palveluiden koetussa riittävyydessä. Palvelut riittämättömiksi kokevien osuus oli kaikissa maakunnissa sitä pienempi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Naiset pitivät palveluja miehiä useammin riittämättöminä; koulutusryhmien järjestys vaihteli maakunnasta toiseen. Jatkossa on tarkoitus arvioida palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, saavutettavuutta ja laatua myös muiden yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakien tarkoittamien henkilöön liittyvien syrjintäperusteiden mukaan. Tällöin voidaan tarkastella muun muassa ulkomaalaistaustaisia ja eri kieli-ryhmiä. Yhdenvertaisuuden tarkastelu on toistaiseksi vain suuntaa antavaa. Tietopohjaa haavoittuvien ryhmien palvelutarpeen selvittämiseksi on laajennettava jatkossa.

Pirkanmaan kunnissa tasa-arvo- ja yhdenvertaisuussuunnitelmien määrä vastaa maan keskitasoa. Väestöryhmien välisistä terveyseroista valtuustolle raportoitujen kuntien osuus kaikista kyselyyn vastanneista alueen kunnista oli Pirkanmaalla keskitasoa

suurempi. Vammaispalvelut riittämättömiksi kokeneiden osuus niitä tarvinneista oli maan keskitason tuntumassa. Alueen kunnissa työttömien terveystarkastuksia oli kirjattu perusterveydenhuollossa enemmän kuin maassa keskimäärin (koko maassa 0,3–5 % työttömistä työnhakijoista). Väestöryhmien väliset erot siinä, kuinka moni oli mielestään saanut tarpeeseensa nähden riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluita, olivat keskitasoa. Maakunnan sijoitus vaihteli taustamuuttujan mukaan: sukupuolten välinen ero oli suuri, koulutusryhmien väliset erot pienet ja ikäryhmien erot keskitasoa. Pirkanmaalla yhdenvertaisuuden edistämisen haasteita pienentää koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten pieni osuus. Väestön sairastavuus, rakennetyöttömyys ja muita kuin kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvien osuus ovat keskitasoa.

Kuvio 16

Palveluiden yhdenvertaisuus Pirkanmaalla

	Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelmat	Väestöryhmittäisten terveyserojen raportointi valtuustolle	Riittämätön vammais- palvelujen saanti*	Työttömien terveys- tarkastukset	Erot sukupuolten, ikä- ja koulutus- ryhmien välillä terveyskeskus- lääkäripalvelujen saannissa*
Etelä-Karjala	▼	●	■	●	●
Etelä-Pohjanmaa	▼	▼	■	●	▼
Etelä-Savo	●	●	▼	▼	●
Kainuu	●	■	—	●	▼
Kanta-Häme	▼	▼	—	▼	●
Keski-Pohjanmaa	■	■	—	●	■
Keski-Suomi	▼	■	●	■	●
Kymenlaakso	▼	▼	—	▼	■
Lappi	●	●	—	■	■
Pirkanmaa	■	●	■	●	■
Pohjanmaa	▼	▼	—	▼	■
Pohjois-Karjala	■	■	●	●	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	●	■	■	●
Pohjois-Savo	■	●	▼	▼	●
Päijät-Häme	■	■	■	▼	●
Satakunta	●	▼	●	▼	▼
Uusimaa	■	■	▼	▼	▼
Varsinais-Suomi	●	▼	●	▼	▼

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa
 * Väestökysely

Kansalliset lähteet

Ammattibarometri. www.ammattibarometri.fi

Aro Timo & Aro Rasmus: Seutukuntien elinvoimaindeksi. Helmi-kuu 2016. <https://www.slideshare.net/TimoAro/seutukuntien-elinvoimaindeksi-2016>

Häkkinen Pirjo & Matveinen Petri. Sairaaloiden tuottavuus 2015. Tilastoraportti 6/2017, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkäritilanne.

<https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/>

Maakuntien rahoitus siirtymäkauden aikana 2019–2024, muutos suhteessa lähtötilanteeseen. Valtiovarainministeriö 18.5.2017

Nybondas-Kangas, Henrika & Pakarinen, Terttu & Heiskanen, Margareta & Hotti, Anne; Juutinen, Mika & Paakkonen, Niina & Ruskoaho, Juho & Hakonen, Anu. Sote- ja maakuntauudistuksen henkilöstövaikutusten ennakkoarviointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 49/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-419-1>

Ranta, Tommi & Manu, Samuli & Laasonen, Valtteri & Uusikylä, Petri & Leskelä, Riikka-Leena. Kohti uusia maakuntia Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenvedo. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017.

TEM: Alueellinen matkailutilinpito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 21/2017.

TEM: Alueiden vahvuuksien analyysi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. 24/2017.

TEM (Repo, Joona): Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta, väestö. TEM-analyysseja 78/2017

TEM Toimialapalvelu: Alueelliset kehitysnäkymät. Syksy 2017

TEM Toimialapalvelu: Toimialaraportit, Terveys- ja sosiaalipalvelut. Syksy 2017.

TEM: Työllisyyskatsaus, www.temtyollisyyskatsaus.fi

THL: Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti 1/2018, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Tilastokeskuksen tilastotiedot. <http://www.stat.fi>

- Väestö
- Kansantalous
- Terveys
- Koulutusaste

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet <https://www.sotkanet.fi>

- Ohjelmien seurantaindikaattorit, maakuntien seuranta- ja arviointi (simulaatioharjoitus)
- THL:n sairastavuusindeksi

Vaalavuo, Maria & Häkkinen Unto & Fredriksson Sami. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Alueelliset lähteet

<http://www.pirkanmaa.fi/>

- Sote- ja maakuntauudistus Pirkanmaalla. Nykytilan kuvaus. Kevät 2016. http://www.pirkanmaa.fi/wp-content/uploads/nykytilan_kuvaus_kevat_2016.pdf

http://www.pirkanmaa.fi/wp-content/uploads/01_Loppuraportti ICT-teemaryhmä_final.pdf

<http://www.pirkanmaa.fi/pirkanmaa2019/>

- Kokousmuistioita, nykytilakartoituksia, valmisteluaineistoa, työryhmien raportteja
- Toimeenpanosuunnitelma 2017–2019 (13.10.2017)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki

ISBN:978-952-343-056-3 (verkkojulkaisu)
ISSN 1799-3946 (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-056-3>

www.thl.fi/julkaisut